ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS PARA FOMENTAR O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO TERAPEUTA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Autores: Janaína Bianca Barletta, Carmem Beatriz Neufeld, Michella Lopes Velasquez, Fabiana Gauy105 minutos de leitura

Como citar a versão impressa deste documento

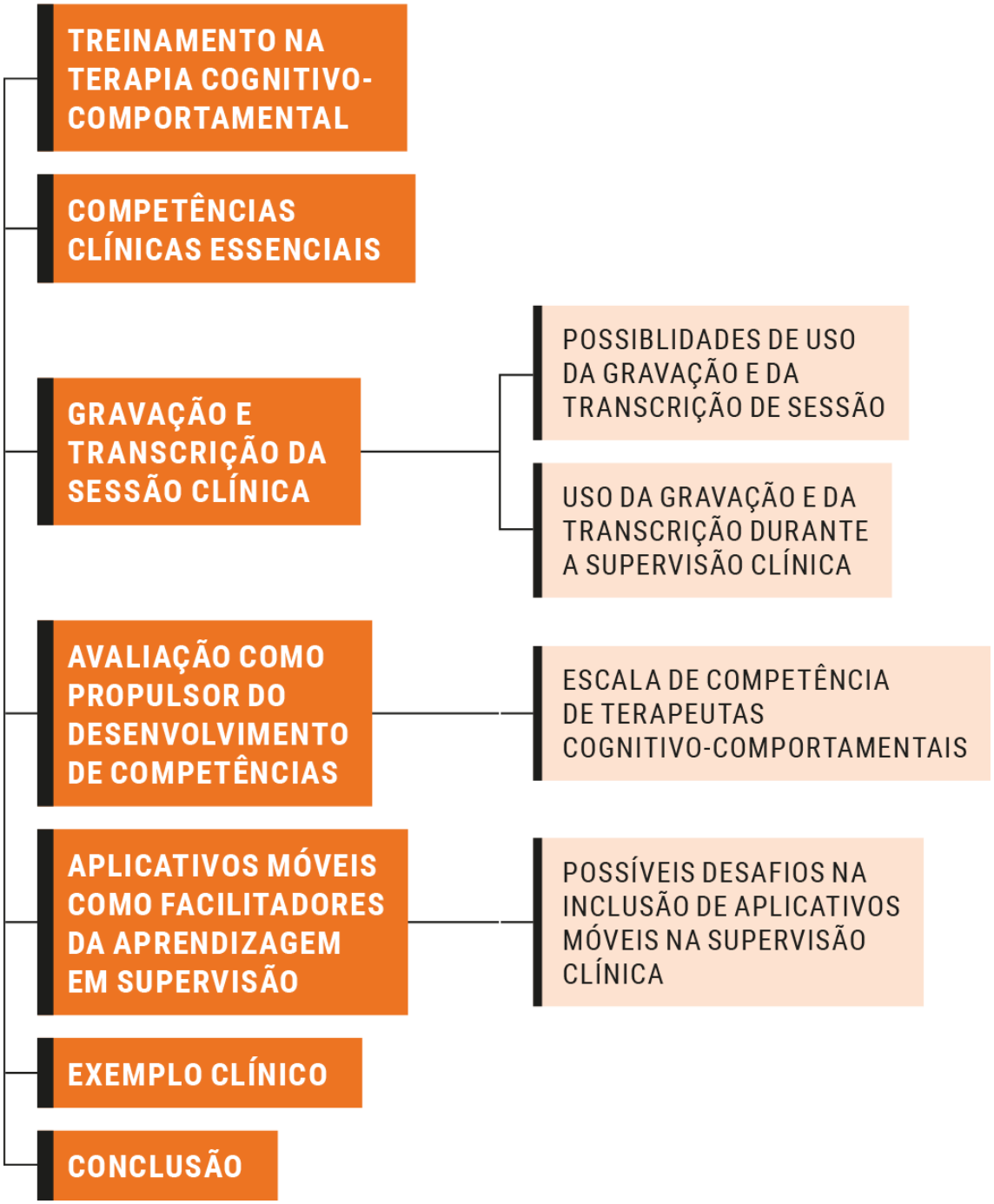
Barletta, J. B., Gauy, F. V., Velasquez, M. L., & Neufeld, C. B. (2021). Estratégias pedagógicas para fomentar o desenvolvimento de competências do terapeuta cognitivo-comportamental. In Federação Brasileira de Terapias Cognitivas, C. B. Neufeld, E. M. O. Falcone & B. P. Rangé (Orgs.), PROCOGNITIVA Programa de Atualização em Terapia Cognitivo-Comportamental: Ciclo 8 (pp. 117–68). Porto Alegre: Artmed Panamericana. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 2). https://doi.org/10.5935/978-65-5848-339-7.C0001

Objetivos

Ao final da leitura deste capítulo, o leitor será capaz de

- **explicar a importância da supervisão baseada em evidência;**
- **identificar as competências clínicas essenciais em terapia cognitivo-comportamental (TCC);**
- **descrever a gravação e a transcrição de sessão como recursos pedagógicos;**
- **identificar a escala de terapia cognitiva revisada (em inglês, Revised Cognitive Therapy Scale [CTS-R]) como estratégia de monitoramento de competências;**
- **elencar os aplicativos móveis como recursos pedagógicos.**

Esquema conceitual


TREINAMENTO NA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL
COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESSENCIAIS
GRAVAÇÃO E TRANSCRIÇÃO DA SESSÃO CLÍNICA
POSSIBLIDADES DE USO DA GRAVAÇÃO E DA TRANSCRIÇÃO DE SESSÃO
USO DA GRAVAÇÃO E DA TRANSCRIÇÃO DURANTE A SUPERVISÃO CLÍNICA
AVALIAÇÃO COMO PROPULSOR DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS
ESCALA DE COMPETÊNCIA DE TERAPEUTAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS
APLICATIVOS MÓVEIS COMO FACILITADORES DA APRENDIZAGEM EM SUPERVISÃO
POSSÍVEIS DESAFIOS NA INCLUSÃO DE APLICATIVOS MÓVEIS NA SUPERVISÃO CLÍNICA
EXEMPLO CLÍNICO
CONCLUSÃO

Introdução

Nos últimos anos, a demanda por profissionais treinados em TCC tem aumentado, o que, por sua vez, também vem ressoando na preocupação sobre a qualidade do treinamento e da supervisão oferecida ao profissional. Entende-se que essa busca ativa esteja relacionada com os resultados mostrados pela TCC, considerada um tratamento eficaz para uma ampla gama de transtornos, sendo o seu uso amplamente recomendado e praticado por profissionais de saúde mental.[1]

A robustez dos resultados clínicos que alicerçam a evidência da eficácia da TCC vem de ensaios clínicos controlados, nos quais a

competência com a qual a terapia é administrada é garantida por meio de um rigoroso treinamento dos terapeutas, que inclui supervisão e avaliações independentes de competência.[2,3]

Baseado no exposto, este capítulo tem por objetivo apresentar diferentes recursos pedagógicos e formas de como podem ser utilizados no treinamento e na supervisão de TCC para o desenvolvimento profissional, a fim facilitar a reflexão do professor e supervisor da prática clínica na elaboração de atividades de ensino em TCC. Cada um dos recursos será apresentado com diferentes possiblidades de aplicação, desde seu uso como única estratégia ou em conjunto com outras atividades, com a finalidade de potencializar seus alcances e objetivos educativos.

Treinamento na terapia cognitivo-comportamental

É inquestionável que o treinamento é necessário para desenvolver perícia, que, por sua vez, prediz o sucesso terapêutico, mas surpreendentemente pouco se sabe sobre treinamento profissional. Pesquisas recentes têm demostrado que uma ameaça à eficiência do tratamento oferecido na TCC tem sido justamente o treinamento insuficiente de terapeutas na aplicação dos procedimentos da abordagem, diferenciando a supervisão tradicional, baseada na discussão de casos clínicos, da supervisão clínica padrão-ouro, desenvolvida a partir de ensaios clínicos.[4]

Nos referidos estudos, observam-se a avaliação da fidelidade ao modelo de terapia, o uso de ensaios comportamentais, a observação direta do desempenho do terapeuta e o monitoramento do progresso terapêutico.[4] Ressalta-se que, na prática clínica, os terapeutas comumente recebem treinamento menos rigoroso, a partir de *workshops* com duração de poucos dias, associados a supervisões esporádicas e pouco escrutínio de sua competência em TCC.[5]

Pode-se presumir que os procedimentos clínicos em TCC nas situações clínicas de rotina mencionadas não sejam fornecidos com os mesmos padrões de competência que se mostraram eficazes em estudos e, por isso, obtém resultados diferentes.[5] Dessa forma, em contraste com os ambientes de pesquisa, a terapia que ocorre na comunidade normalmente não é medida em relação à fidelidade a um modelo; portanto, os formuladores de políticas, pagadores e consumidores podem depender da autoidentificação do terapeuta de sua orientação teórica, como base para a escolha do suposto melhor.

Infelizmente, estudos como o de Creed e colaboradores[5] demonstram que nem sempre a autoidentificação do terapeuta representa sua atuação profissional. Esse estudo teve o objetivo de avaliar se a orientação teórica autorrelatada pelo terapeuta era confirmada por observadores especialistas. Para isso, avaliaram 229 terapeutas comunitários ativos, com mestrado ou curso superior (Psicologia, Serviço Social ou outra área de saúde), indicados pelos gestores locais.

No mesmo estudo, aos participantes era solicitado que indicassem a orientação teórica e, para avaliação dos observadores especialistas, foi solicitado o envio de uma sessão comum gravada em áudio. A partir dessa gravação, a competência do terapeuta foi avaliada na Escala de Avaliação de Terapia Cognitiva (em inglês, *Cognitive Therapy Scale* [CTS]), que também é conhecida como Cognitive Therapy Rating Scale [CTRS]).[6] O resultado do estudo mostrou que quase três quartos (71%) dos terapeutas que identificaram a TCC como orientação de parte ou de toda a sua prática clínica não demonstrou tais competências na prática clínica, segundo a avaliação de especialista.

Tipicamente, a eficácia dos treinamentos é inferida a partir do relato do caso ou pelos resultados das terapias psicológicas, em vez de demonstrada pela avaliação dos componentes do treinamento. Esses dois métodos são comuns pelo baixo custo e pela facilidade e partem da ideia de que terapeutas mais competentes teriam melhores resultados clínicos.[3,7]

Inferir a competência de um terapeuta a partir apenas do relato ou do desfecho do paciente pode ter limitações significativas, seja por variáveis do terapeuta, como vergonha de relatar um erro ou preocupação com a avaliação do supervisor, ou por variáveis do paciente, uma vez que a melhora ou a piora pode ser devido a outros motivos não associados à eficácia do treinamento, como passagem do tempo, gravidade do quadro ou circunstância de vida.[3,7]

Associa-se ao exposto o fato de não haver um consenso dos componentes do treinamento. Em suma, de haver uma lacuna causal na base de conhecimento. Para preencher essa lacuna, dois tópicos são prioritários: definir competência e analisar os seus determinantes críticos, como as características do terapeuta e do paciente. Dessa forma, a literatura tem apontado que a formação do terapeuta é um desafio por alguns motivos, que incluem o volumoso e diversificado nível de conhecimento teórico necessário, as habilidades clínicas complexas a serem desenvolvidas e a atitude requerida do profissional.[8,9]

Entende-se que o conhecimento que dá suporte ao atendimento psicoterápico perpassa por aspetos mais gerais da Psicologia, como psicopatologia e desenvolvimento humano, até informações mais específicas, como a teoria de base. Entre as habilidades clínicas, encontram-se as técnicas específicas, os protocolos de intervenção, a estrutura, a conceitualização cognitiva de caso e o planejamento do processo terapêutico. Como atitude, se inclui a postura ética, comprometida, respeitosa e empática, bem como a abertura e a permissão do terapeuta ao próprio desenvolvimento e a sua formação.[8,9]

A competência é adquirida e influenciada por fatores situacionais que podem ser denominados moderadores, como o próprio treinamento do terapeuta e a sua experiência.

Para ensinar o exercício profissional da psicoterapia, a duração do programa de treinamento e as diversas estratégias de ensino utilizadas podem ter impactos diferentes no desenvolvimento de competências clínicas. A escolha da forma e da duração mais adequada do programa de treinamento vai depender do objetivo e do alcance esperado do processo de ensino-aprendizagem.[10]

O referido autor aponta, por exemplo, que *workshop* e cursos com um dia ou menos geralmente se utilizam de métodos de ensino instrucionais ou demonstrativos. Cursos com até 60 horas, também considerados breves, podem ter um pouco mais de atividades vivenciais, porém ainda de forma muito rápida e superficial. Nesse sentido, os treinamentos breves dificilmente aumentam habilidades práticas; por outro lado, podem ser excelentes para ampliar o conhecimento teórico.

Os treinamentos com duração mais expressiva, entre 6 meses e 1 ano, já proporcionam maior possibilidade de aumentar o repertório

clínico, uma vez que há mais oportunidade de atividades vivenciais e práticas, ainda que não sejam um padrão ou necessariamente estejam presentes nesses cursos. Por último, os programas considerados intensivos, com duração maior e com a inclusão de diversificados métodos de ensino-aprendizagem, incluindo supervisão como ferramenta pedagógica, têm mais consistência para proporcionar o desenvolvimento de competências clínicas.[10]

Sabe-se que o quesito tempo é um elemento importante na andragogia, pois facilita a consolidação do aprendizado.[11] Santana e colaboradores[12] apontam que os programas de treinamento em psicoterapia mais intensivos no Brasil, isto é, com maior duração de tempo, geralmente são associados aos cursos de especialização, enquanto, nos Estados Unidos, ficam a cargo dos programas de doutorado, fortalecendo o olhar para as diferenças culturais e contextuais das localidades nas quais o ensino de TCC está sendo ofertado.

Não há, no Brasil, um padrão específico para o treinamento de terapeutas,[13] sendo que os cursos de especialização oferecem diferentes programas, podendo incluir ou não a atividade clínica supervisionada. Além disso, quando há supervisão clínica neste contexto, encontram-se distinções na duração, na quantidade de terapeutas no grupo supervisionado, na quantidade de atendimentos propostos e nas atividades de ensino e formação.[14] Esse olhar permite refletir as estratégias de ensino e as formas de aplicabilidade no contexto brasileiro, minimizando a replicação de um conhecimento importado de outros países sem a adequabilidade à cultura nacional.[15]

Competências clínicas essenciais

O movimento da Psicologia baseada em evidências e da busca de intervenções psicoterápicas com resultados efetivos fortaleceram os esforços para a identificação das competências essenciais da TCC, bem como as formas de lapidação de tais competências, a fim de construir um plano ou programa de treinamento que possa desenvolvê-las.[16]

Com o mesmo entendimento, Sudak[11] reforça que a base científica e a apropriação do processo pedagógico de desenvolvimento de competências clínicas ainda estão no seu começo, ressaltando a complexidade em treinar as habilidades, os conhecimentos de base e as atitudes nos diferentes níveis de experiência do terapeuta. A esse exemplo, algumas pesquisas têm apontado que há uma importante dissonância na elaboração de conceitualizações de caso entre os terapeutas cognitivos, enfatizando a necessidade e a dificuldade de treinamento e de lapidação dessa habilidade.[17]

A supervisão baseada no desenvolvimento de competências em TCC propõe uma mudança de foco em relação ao modelo supervisionado mais utilizado no País, incluindo alternância de alguns aspectos, como:

- **relação interpessoal do supervisor e do terapeuta em treinamento;**
- **papéis, posturas e funções a serem desempenhadas;**
- **estabelecimento de metas educativas;**
- **fortalecimento de valores e de pressupostos teóricos;**
- **habilidades clínicas gerais e específicas a serem promovidas;**
- **uso de diferentes estratégias pedagógicas;**
- **avaliação de competências.**

O entendimento apresentado está ligado aos valores e pressupostos que regem a TCC (Figura 1).

FIGURA 1: Supervisão baseada em evidências: mudanças de foco. // Fonte: Elaborada pelas autoras.

Sudak[11] relembra o paralelo realizado inicialmente por Padesky[18] ao trazer à tona que a proposta educativa da terapia é similar à da supervisão, utilizando-se de recursos semelhantes no processo de ensino-aprendizagem. Esse entendimento sustenta os modelos de supervisão nos quais a TCC se baseia, como o modelo de supervisão baseado em psicoterapia, que espelha e reflete os métodos e a estrutura da prática clínica no processo de ensino, bem como os modelos de supervisão integrativos de segunda geração.[16]

Pode-se dizer que a relação interpessoal estabelecida para o processo de ensino, durante o treinamento ou a supervisão, é menos hierarquizada e mais horizontal, colaborativa e bidirecional. Evitam-se posturas autoritárias que possam impactar negativamente no desenvolvimento e na aprendizagem, ou que possam aumentar rupturas na relação e fortalecer a distância entre os envolvidos na construção do conhecimento.[16,19]

É fundamental a participação ativa de todos os envolvidos, portanto, cada um dos participantes (seja supervisor ou terapeuta em treinamento) tem funções, papéis e posturas a serem desempenhados, a fim de que se possa alcançar as metas educativas estabelecidas no início do processo supervisionado. Para tanto, a abertura, o envolvimento e o comprometimento com o próprio desenvolvimento são atitudes esperadas do terapeuta em treinamento.[16,19]

Dessa forma, outro aspecto importante levantado anteriormente e que está entre um dos aspectos fundamentais para a condução de um processo de ensino em TCC é a clareza das metas educativas do treinamento ou da supervisão, que devem contemplar as competências e as formas de medidas dos avanços dos terapeutas. Isso significa que, após a avaliação de necessidades inicial com intuito de conhecer o nível do terapeuta e, sequencialmente, estabelecer os objetivos a serem alçados no treinamento, é possível traçar um planejamento com escolha de métodos e atividades educativas apropriados para aumentar a proficiência do profissional.[1,11,13,16]

É função do supervisor identificar o que é mais importante a ser aprendido e qual a melhor estratégia de ensino,[19] mas deve-se partir das demandas apresentadas pelos terapeutas.

Partindo da linha de raciocínio apresentada, o primeiro passo é identificar as competências a serem treinadas, que podem ser entendidas em cinco grandes grupos ou domínios inter-relacionados:[20]

- **competências gerais;**
- **competências básicas em TCC;**
- **técnicas específicas da TCC;**

- **protocolos e modelos de TCC de problemas específicos;**
- **metacompetência.**

Por competência profissional em psicoterapia entende-se a interação de diversos conhecimentos, habilidades e atitudes referentes à prática clínica,[8] o que, por sua vez, implica um desempenho que pode ser refletido por meio de medidas específicas.[11]

Sendo assim, conhecer os cinco domínios de competência apresentados estreita o diálogo entre as habilidades clínicas e a real necessidade de aprendizado, potencializando a qualidade da supervisão. Assim, Corrie e Lane[19] sugerem alguns questionamentos para facilitar a decisão e o planejamento do processo educativo, do estilo:

- **Quem é o alvo do programa de treinamento?**
- **O que é necessário desenvolver?**
- **Quais são os métodos pedagógicos essenciais para desenvolver as competências elencadas?**

As perguntas mencionadas auxiliam na preparação da proposta de ensino, uma vez que permitem reconhecer o público-alvo da intervenção educativa e seu nível de perícia, identificar o foco do treinamento e quais as competências que serão meta do desenvolvimento, bem como quais caminhos e estratégias pedagógicos podem proporcionar melhor o aprendizado.

Alguns arcabouços conceituais, nomeados como frameworks de competências, têm sido apresentados na literatura, uma vez que facilitam a organização e a seleção de intervenções pedagógicas e supervisionadas. Entretanto, a aquisição de competência clínica é um processo considerado muito complexo e, portanto, não pode ser entendida apenas como habilidades individuais, isoladas e descontextualizadas, em que se vai listando ou marcando como uma *checklist*.[19]

Ao exposto, o modelo declarativo-procedural-reflexivo (DPR) de desenvolvimento de competências do terapeuta[21] tem sido amplamente resgatado como um forte esquema de compreensão da aquisição de competências clínicas. Esse modelo indica três sistemas que interagem entre si, sendo o declarativo referente ao conhecimento teórico, o procedural referente às habilidades práticas e procedimentais, e o reflexivo, que se refere ao repensar, apreender e reorganizar os elementos, aumentando os *insights* e fortalecendo a aprendizagem.[16]

É o sistema reflexivo que dá a força motriz para colocar em movimento a engrenagem da aprendizagem, do desenvolvimento da metacompetência e da perícia profissional. Assim, pode-se dizer que deveria ser o aspecto central do processo de treinamento e supervisão da prática clínica.[16]

Um dos grandes avanços proporcionado pelo modelo DPR para o treinamento de terapeutas foi mostrar que os diferentes domínios de conhecimentos, habilidades e atitudes se desenvolvem em velocidades e com características distintas. Além disso, cada um dos três sistemas (DPR) é avultado e potencializado por diferentes métodos pedagógicos. Nesse sentido, há necessidade do uso do tempo de maneira diversificada para aquisição das diferentes competências, bem como uma gama distinta de estratégias de ensino-aprendizagem, levando em consideração aspectos declarativos, procedurais e reflexivos.[22]

A aprendizagem declarativa pode ocorrer a partir da exposição a aulas, apresentações, discussões e leituras, enquanto *role-plays* e o uso de modelação tendem a ser mais eficazes na construção de habilidades procedimentais. A prática reflexiva pode ser particularmente útil na melhoria da capacidade reflexiva e de habilidades interpessoais. Com esse entendimento, Corrie e Lane[19] **propõem uma alternância de recursos para aprendizagem baseados no modelo DPR, conforme a Figura 2.**

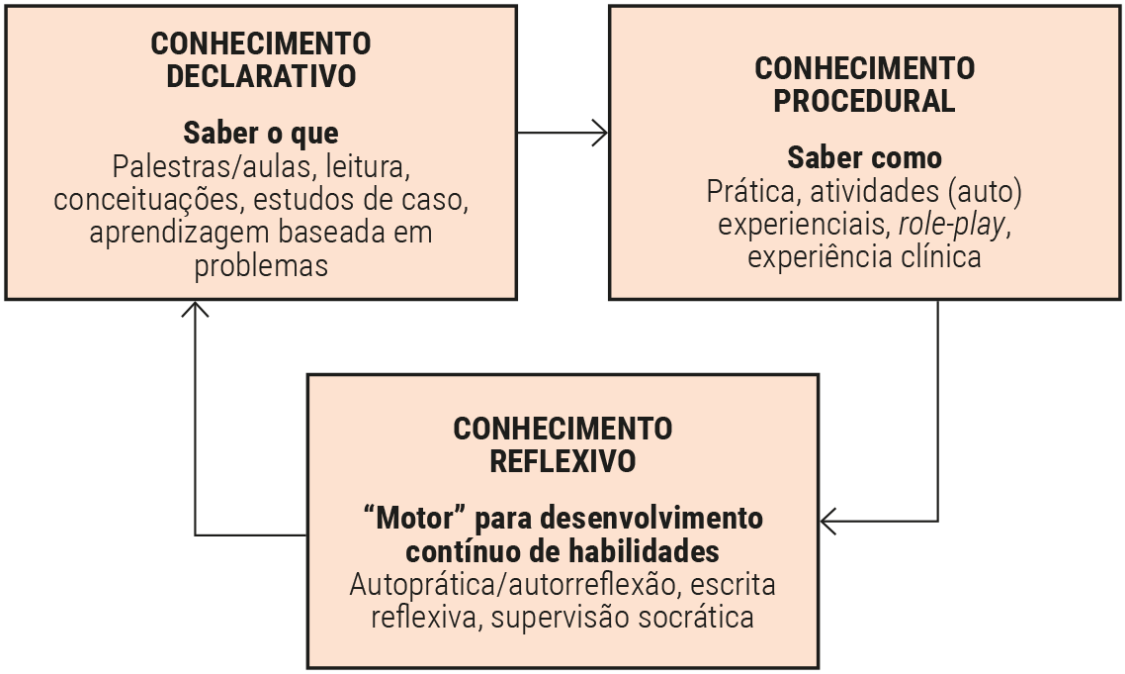

CONHECIMENTO DECLARATIVO
Saber o que
Palestras/aulas, leitura, conceituações, estudos de caso, aprendizagem baseada em problemas
CONHECIMENTO PROCEDURAL
Saber como
Prática, atividades (auto) experienciais, role-play, experiência clínica
CONHECIMENTO REFLEXIVO
"Motor" para desenvolvimento contínuo de habilidades
Autoprática/autorreflexão, escrita reflexiva, supervisão socrática

FIGURA 2: Modelo DPR para o desenvolvimento de competências clínicas. // Fonte: Corrie e Lane (2015).[19]

A revisão mostrada por Barletta e Neufeld[16] amplia as estratégias aplicadas ao modelo DPR, incluindo vinhetas, demonstração do supervisor, uso de vídeos, atividades simuladas, participação de coterapeuta, entre outros.

Ao refletir sobre o que a literatura vem apontando sobre o desenvolvimento do terapeuta, de uma forma geral, pode-se entender que uma das funções centrais do processo supervisionado é ajudar os profissionais a aumentar a capacidade em utilizar-se dos conhecimentos de maneira adequada às demandas do atendimento, a fim de possibilitar a escolha de intervenções mais apropriadas, respeitando os axiomas da TCC.[19] Ou seja, tem como foco fomentar o raciocínio clínico do terapeuta para o atendimento psicoterápico do caso em questão.

Uma das dificuldades percebidas no uso de diversas estratégias de ensino é o foco que se coloca no sistema declarativo e procedural, deixando de lado, muitas vezes, o sistema reflexivo ou utilizando-se de maneira superficial e inconsistente no treinamento de competências complexas.

Entende-se que a construção de competências terapêuticas no processo de supervisão clínica depende principalmente da aprendizagem que ocorre por meio da experiência. Portanto, é fundamental que o supervisor também seja um habilidoso educador, com variado repertório pedagógico, trazendo para a supervisão atividades que favoreçam a reflexão, a conceitualização, o planejamento e a exposição à experiência concreta (Figura 3), refletindo o processo de aprendizagem no adulto.[23]

FIGURA 3: Construção de competências terapêuticas no processo de supervisão clínica. // Fonte: Elaborada pelas autoras.

O exercício de seu papel na promoção da aprendizagem do terapeuta em formação requer instrução específica em teorias da aprendizagem do adulto e técnicas de metodologia ativa, de modo a potencializar a construção do conhecimento declarativo, procedimental e reflexivo.[9]

Entende-se que a proposta pedagógica passa pela transparência e concordância de todos os envolvidos, incluindo o que se quer

desenvolver em supervisão, bem como as estratégias e as medidas dos avanços realizados no processo de ensino-aprendizagem que serão utilizadas.[11,16]

Ressalta-se a fundamental importância da verificação do desenvolvimento das competências, utilizando instrumentos validados para medir competências.[24] As estratégias clínicas que possam aumentar a avaliação fidedigna sobre o desempenho profissional[13] também são fundamentais para fortalecer a qualidade da supervisão e do treinamento, já que permitem planejar ou adequar novas atividades e caminhos alcance das metas educativas, fomentando a formação do terapeuta.

Nesse sentindo, faz-se necessário repensar em recursos pedagógicos e, especialmente, nas formas como podem ser utilizados no treinamento e na supervisão de TCC para o desenvolvimento de competências profissionais, bem como para fomentar a compreensão de todo o processo terapêutico. Segundo Tracey e colaboradores,[25] a falta de informação de qualidade é um dos principais obstáculos à observação dessas diretrizes, comprometendo o desenvolvimento profissional de psicoterapeutas, que tendem a superestimar o próprio desempenho.[5]

Consequentemente, se a supervisão clínica depende, principalmente, das percepções do próprio supervisionando sobre seu desempenho terapêutico, ou, ainda, do que ele decide relatar em supervisão, a intervenção do supervisor clínico é fundamentada em informação de má qualidade, prejudicando qualquer programa de treinamento. Para tanto, foram selecionados três recursos, devido a sua importância no treinamento de terapeutas:

- **gravação e transcrição da sessão clínica;**
- **CTS-R;**
- **aplicativos móveis.**

A discussão de cada um dos recursos mencionados será pautada na literatura específica, em evidências científicas e na perícia e prática de supervisão das autoras deste capítulo.

Atividades

1. Com relação à TCC, assinale a alternativa correta.

AA demanda por profissionais treinados em TCC tem reduzido nos últimos anos.BÉ um tratamento eficaz para um restrito número de transtornos.CA robustez dos resultados clínicos que alicerçam a evidência da eficácia da TCC vem de ensaios clínicos controlados.DO treinamento dos terapeutas dispensa a supervisão e as avaliações independentes de competência.

Confira aqui a resposta

2. Em contraste com os ambientes de pesquisa, a TCC que ocorre no ambiente natural, particular ou público muitas vezes não obtém os mesmos resultados que as pesquisas apontam. Com relação à afirmativa que melhor explique essa diferença, assinale a alternativa correta.

AOs profissionais se autoidentificam como sendo da TCC, mas na prática não se observa uma fidelidade ao modelo de terapia, justificado em alguma medida por treinamento e supervisão insuficientes.BOs profissionais têm muitas tarefas que os pesquisadores não têm.COs resultados de tais pesquisas não são confiáveis.DAinda não há explicação para tal diferença.

Confira aqui a resposta

3. Assinale a alternativa correta sobre a TCC.

AA competência é influenciada por fatores situacionais denominados de atividades vivenciais.BA escolha da forma e da duração mais adequada do programa de treinamento depende unicamente do alcance esperado do processo de ensino-aprendizagem.COs treinamentos breves aumentam habilidades práticas e podem ser excelentes para ampliar o conhecimento teórico.DOs treinamentos entre 6 meses e 1 ano já proporcionam maior possibilidade de aumentar o repertório clínico.

Confira aqui a resposta

4. Analise as afirmativas sobre as competências clínicas essenciais.

I. O movimento da Psicologia baseada em evidências e da busca de intervenções psicoterápicas com resultados efetivos fortaleceram os esforços para a identificação das competências essenciais da TCC.

II. A relação interpessoal estabelecida para o processo de ensino, durante o treinamento ou a supervisão, é mais hierarquizada e menos horizontal, colaborativa e bidirecional.

III. A proposta educativa da terapia é diferente à da supervisão, pois utiliza recursos distintos no processo de ensino-aprendizagem.

Qual(is) está(ão) correta(s)?

AApenas a I.BApenas a I e a II.CApenas a II e a III.DA I, a II e a III.

Confira aqui a resposta

5. Para maior clareza das metas educativas do treinamento ou da supervisão, sugere-se a avaliação de necessidades/competências com intuito de conhecer o nível do terapeuta para se estabelecer os objetivos a serem alçados no treinamento e os métodos e as estratégias educativas apropriados para aumentar a proficiência deficitárias do profissional. Roth e Pilling[20] definiram cinco grupos de competência ou domínios a serem avaliadas. Sobre a afirmativa

que descreve tais competências/domínios, assinale a alternativa correta.

ACompetências interpessoais, comportamento ético, competências teóricas, competências clínicas, e competências de estrutura da sessão.BCompetência clínica, comportamento técnica, competências teóricas, competências em manter ritmo e tempo de sessão, e competências de comunicação.CCompetências interpessoais, comportamento ético, competências teóricas, competências clínicas e competências tecnológicas.DCompetências gerais, competências básicas em TCC, competências em técnicas específicas da TCC, competências em protocolos e modelos de TCC de problemas específicos, e metacompetência.

Confira aqui a resposta

6. Três recursos de treinamento foram escolhidos pelas autoras deste capítulo devido a sua importância no treinamento de terapeutas. Sobre esses recursos, assinale a alternativa correta.

ARegistro de pensamentos disfuncionais, ensaio comportamental e plano de ação.BGravação e transcrição da sessão clínica, CTS-R e aplicativos móveis.CTreino de habilidades sociais, escalas e inventários e role-play .DSupervisões gravadas, registro de sessão e treino de empatia.

Confira aqui a resposta

Gravação e transcrição da sessão clínica

Partindo do entendimento de que a competência clínica não é dicotômica nem absoluta, mas envolve uma gama de diferentes elementos de conhecimentos, habilidades e atitudes, além dos aspectos relativos ao estágio de desenvolvimento do profissional (por exemplo, terapeuta iniciante, terapeuta noviço, proficiente, perito) e do contexto de intervenção, faz-se necessário lançar mão de diferentes possibilidades, a fim de otimizar a lapidação da prática clínica.

Alguns recursos pedagógicos, como a gravação em áudio[26] e a transcrição de sessão,[27] são ferramentas indicadas pela literatura devido a sua alta adaptabilidade aos diversos contextos e estágios de desenvolvimento do terapeuta, bem como com possibilidades

diversas de uso, de acordo com as necessidades estabelecidas em cada supervisão.

A gravação em vídeo também é reconhecidamente uma ferramenta educativa de excelência, uma vez que permite identificar outros elementos, como expressões faciais do terapeuta e do paciente, comportamentos e gestos, distância, entre outros. Para o treinamento e a supervisão de terapeutas de casais, por exemplo, o uso da gravação da sessão em vídeo se torna essencial, pois favorece a visualização das interações tanto do terapeuta e do coterapeuta (quando há) com o casal quanto do próprio casal entre si.[28]

Entretanto, é possível que haja impacto de algumas dificuldades como maior resistência e menor abertura dos terapeutas para as gravações em vídeo, maior dificuldade com os instrumentos para operacionalizar a gravação em vídeo e maior dificuldade de guardar.[13] Portanto, o foco dessa seção será no uso da gravação em áudio e na transcrição da sessão clínica.

A literatura aponta que os dois recursos mencionados, que muitas vezes são usados de forma conjunta, trazem vários benefícios significativos no desenvolvimento de competências clínicas, sendo destaque:[27]

- **diminuição do viés no relato do atendimento e aumento da fidedignidade sobre o desempenho do terapeuta;**
- **emissão do *feedback* imediato, isto é, logo após ouvir o áudio, de forma clara e objetiva;**
- **avaliação de habilidades específicas, de forma encadeada e dentro de leque contínuo de comportamentos clínicos.**

A supervisão baseada exclusivamente no relato do terapeuta conta apenas com a memória do profissional, o que impacta em alguns limites, como a falta de informações importantes e a maior tendenciosidade na descrição da sessão.[29] Isso pode acontecer em função de o terapeuta não ter guardado ou ter dado pouca importância a algumas variáveis e aspectos da sessão, seja por falta de conhecimento, de domínio ou de inexperiência profissional que indique a relevância do que foi desconsiderado.

Quando a relação interpessoal em supervisão é muito hierárquica e autoritária, há também a possibilidade de o terapeuta evitar contar

alguns aspectos por se sentir inseguro sobre a atuação e acreditar que pode ser punido, eliciando medo ou outro sentimento desagradável.[13]

A experiência das autoras deste capítulo com o uso dos recursos mencionados corrobora com as indicações da literatura que indicam o aumento da intencionalidade do processo de ensino-aprendizagem ao aumentar a qualidade da informação sobre a atuação terapêutica, bem como favorecer a consciência do profissional sobre especificidades de seu desempenho.[30]

A referida autora ainda reforça que o *feedback* específico — que pode ser ainda mais acurado a partir dos recursos pedagógicos de gravação e de transcrição de sessão — fortalece a consistência do aprendizado, refina a percepção sobre a própria habilidade e a reflexão sobre o processo clínico, e melhora a precisão da autoavaliação.[30]

Uma vez que se tem maior clareza em como aquela habilidade foi colocada em prática, maior detalhamento de como a intervenção foi feita e quais bases serviram para a tomada de decisão clínica, mais facilidade em identificar as próprias competências, bem como em saber o quão perto se está da meta de desenvolvimento profissional estabelecida previamente em supervisão. Nesse sentido, também favorece o planejamento de estratégias a serem colocadas em prática para aumento da qualidade interventiva.

A referida mudança na consciência sobre a competência clínica pode impactar positivamente na busca contínua de aprendizagem e no fortalecimento da perícia do terapeuta por aumentar uma prática deliberadamente comprometida, sensível e consistente.

Para que se possa tirar o máximo de proveito da gravação e da transcrição de sessão, é importante que o supervisor possa contextualizar tais recursos junto aos terapeutas em treinamento, isto é, preparar o terapeuta a como utilizá-las de forma cuidadosa e adaptada às características da prática, com consentimento de todos e com intuito de promover crescimento. Portanto, alguns passos iniciais são necessários, incluindo os cuidados éticos, como a autorização expressa do paciente e o conhecimento dos cuidados para guardar e acessar o arquivo.

É sempre necessário que toda a prática de treinamento seja feita com base nas diretrizes e recomendações elencadas pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) a partir de resoluções para esse fim e pelo Código de Ética da Psicologia.[31] **Além disso, um pilar que não se deve perder de vista é que o objetivo principal da gravação e da transcrição de sessão está em capacitar o terapeuta, favorecer o desenvolvimento do raciocínio clínico e refinar as competências.**[32]

O uso da gravação e da transcrição de sessão não deve invalidar o terapeuta ou focar exclusivamente nas dificuldades, pois aumentam-se as chances de desmotivar o profissional, ativar crenças de incompetência ou, mesmo, fortalecer o baixo senso de autoeficácia.[32]

É importante lembrar sempre de que o uso da gravação e da transcrição de sessão é um recurso de treinamento e de apoio ao psicoterapeuta; portanto, encontrar um equilíbrio entre as potencialidades e lacunas no conhecimento, habilidades e atitudes é fundamental. Isso implica reforçar e destacar pontos fortes, para que a mudança seja preconizada nesses aspectos.[32]

Possiblidades de uso da gravação e da transcrição de sessão

Após passar brevemente por benefícios e cuidados para o uso dos recursos de gravação e de transcrição de sessão, uma pergunta que se faz é: Como os supervisores as têm utilizado? Para refletir sobre essa pergunta, com base na prática das autoras deste capítulo e em pesquisas de métodos educacionais, serão destacados pontos considerados essenciais no treinamento de competências clínicas com esses dois recursos pedagógicos. O primeiro destaque se refere às informações contidas no cabeçalho da transcrição. Identificar o número da sessão que foi transcrita é muito importante para quem vai avaliar uma transcrição (Figura 4).

Terapeuta: _____ / 3ª sessão

Transcrição realizada em _____ Paciente: _____

Supervisora: _____

----------XXX----------XXX----------

FIGURA 4: Cabeçalho de uma transcrição de sessão clínica. // Fonte: Elaborada pelas autoras.

Uma vez que as fases inicial, intermediária e final de um processo terapêutico têm objetivos, focos e intervenções diferenciados, saber em qual momento do tratamento a transcrição foi realizada aumenta o entendimento de quem está avaliando sobre quais competências e qual nível de desenvoltura pode ser esperado naquela transcrição, norteia o que procurar e quais habilidades provavelmente podem aparecer. Nesse sentido, a

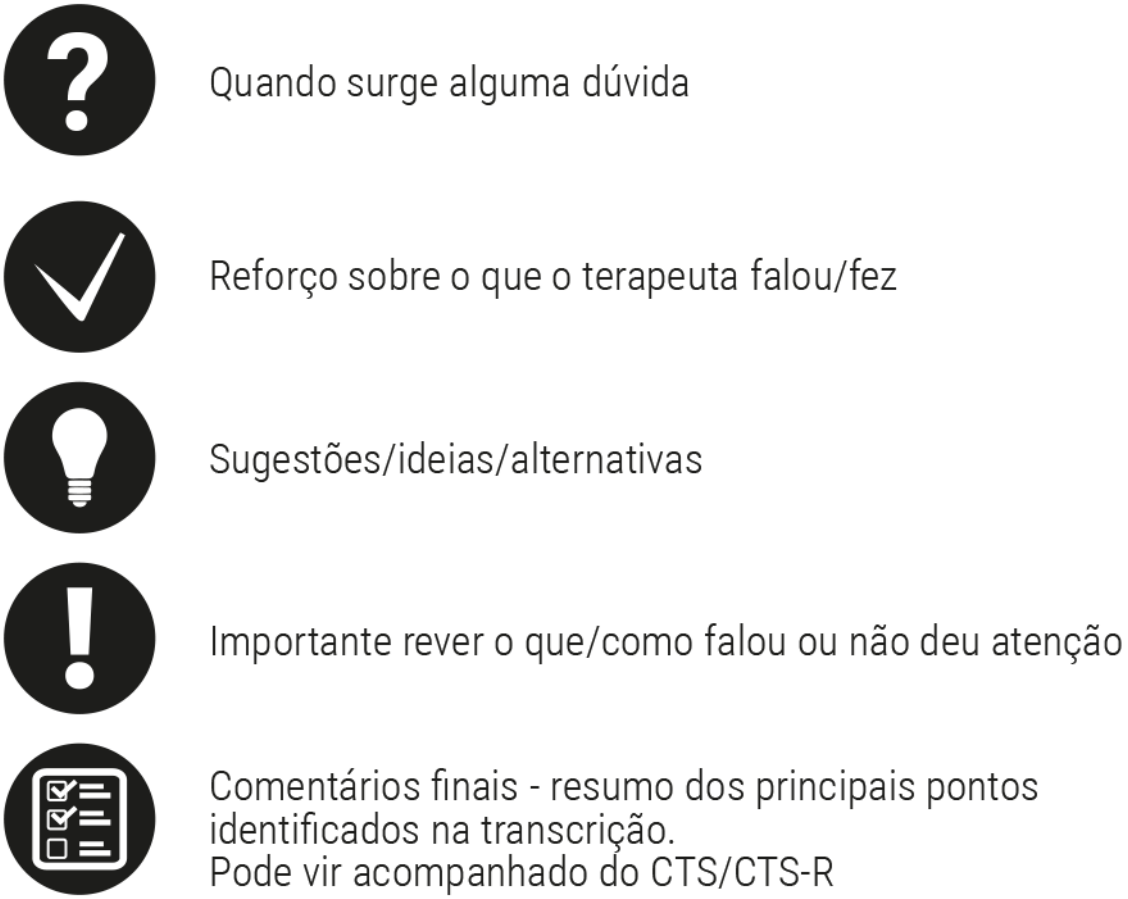
avalição pode ser mais adequada e pertinente ao momento e ao contexto terapêutico em questão, para além do nível de perícia do terapeuta em treinamento.

Um segundo destaque é a marcação realizada nas falas dos terapeutas e/ou pacientes, com canetas marca-texto (quando o documento é impresso) ou usando o comando cor de realce do texto do Word (quando o texto é eletrônico). Em relação à fala dos pacientes, buscam-se informações que foram notadamente desconsideradas pelo terapeuta ou que não foram vistas com maior ênfase. Por exemplo, emoções que não foram acolhidas, pensamentos significativos expressos que não foram validados e reestruturados, entre outros.

Na fala do terapeuta, busca-se destacar algumas expressões ou reações emitidas, como o conteúdo inadequado ou o oposto, perguntas acolhedoras e reflexivas realizadas pelo profissional. Os elementos paralinguísticos, como a fluência, o tom de voz, a latência da fala etc., também são alvo de marcação e destaque, quando necessário. Para que se identifique esses aspectos, é muito importante ouvir o áudio junto com a leitura da transcrição. Ou seja, são recursos diferentes, mas entende-se que o uso conjunto pode enriquecer a qualidade das marcações.

Um grupo de quatro supervisoras, chamado de TrimTabPsi, montou um protocolo de *feedback* escrito para ser utilizado na transcrição comentada. Essa estratégia pode ou não ser utilizada em conjunto com o áudio, mas tem-se a preferência pelo uso dos dois recursos pedagógicos, com o intuito de aumentar a qualidade do *feedback.*

Reforça-se que acompanhar a sessão clínica ouvindo o áudio e lendo, de forma concomitante, a transcrição facilitará a identificação de elementos que podem fazer a diferença no repertório do terapeuta e, portanto, favorecem a feitura de comentários mais pertinentes e sensíveis à demanda daquele profissional. Para tanto, foram estabelecidas quatro marcações de *feedback* para serem alocadas ao longo da transcrição e uma marcação para o resumo e *feedback* final (Figura 5).


Quando surge alguma dúvida
Reforço sobre o que o terapeuta falou/fez
Sugestões/ideias/alternativas
Importante rever o que/como falou ou não deu atenção
Comentários finais - resumo dos principais pontos identificados na transcrição.
Pode vir acompanhado do CTS/CTS-R

CTS: Escala de Avaliação de Terapia cognitiva (em inglês, *Cognitive Therapy Scale*); CTS-R: Escala de Terapia Cognitiva Revisada (em inglês, *Revised Cognitive Therapy Scale*).

FIGURA 5: *Protocolo de feedback escrito para transcrição comentada organizado pelo grupo TrimTabPsi.* // Fonte: Arquivo de imagens do Grupo de Estudos e Pesquisa TrimTabPsi.

A primeira marcação indicada é na cor azul, com uma imagem de interrogação, e diz respeito às dúvidas do supervisor que surgem ao longo da sessão. As dúvidas podem perpassar pelo conteúdo da fala do terapeuta ou uma expressão que ele usou ou ainda por alguma informação que ele trouxe de outra sessão e que não ficou bem contextualizada. Dessa maneira, são colocados comentários e perguntas que possam gerar reflexão ou clareza, tanto para o terapeuta quanto para o supervisor, sobre a escolha daquele conteúdo.

Ao ter maior consciência sobre as dúvidas, pode-se ter novas decisões clínicas, como retomar aquele ponto, ficar mais atento a vícios de linguagem ou à psicoeducação realizadas de forma vaga, ou mesmo entender que não é um ponto que vale a pena retornar na sessão seguinte. Por exemplo: “Qual é o motivo desta informação aparecer neste momento?”, “Não ficou clara a mensagem que você passou, podemos revê-la?” ou “Como essa informação está ligada ao objetivo da sessão ou da intervenção?”.

A segunda marcação, em verde e com a figura de verificação, é considerada essencial na transcrição comentada. São os momentos em que o supervisor reforça sobre que o terapeuta fez ou falou. Acredita-se que o reforço não precisa aparecer apenas quando a competência está 100% ou quando a intervenção ou a expressão está perfeitamente executada. Por entender o desempenho como um *continuum*, o reforço passa por aspectos da habilidade que já estão aplicados e aparentes, sobre o que já foi caminhado e desenvolvido até ali, e sobre os pontos fortes do terapeuta.

Para além de validar a habilidade técnica, reforçam-se também outros aspectos, tais como as habilidades interpessoais: reforçam-se os momentos em que o terapeuta foi sensível ao paciente, em que ele aumentou a probabilidade para a colaboração do paciente, em que ele fez e/ou pediu feedbacks claros e oportunos etc.

A título de exemplo, o supervisor vai comentar a elaboração da agenda realizada no início da sessão: o reforço não precisa acontecer apenas quando a agenda está bem estabelecida, totalmente organizada e clara, mas, sim, quando o terapeuta já inicia o estabelecimento da agenda, mesmo que não a tenha finalizado ou que, de fato, tenha sido totalmente estabelecida. Nesse caso, pode-se também utilizar mais de uma marcação. O quarto marcador, que está em vermelho com a figura de alerta, pode, por exemplo, vir logo após o reforço, a fim de dar destaque para a parte que faltou.

É sempre possível usar duas ou mais marcações juntas com comentários complementares sobre o mesmo trecho do atendimento clínico.

Também tem um marcador que se refere às sugestões, alternativas e ideias que aumentam possiblidades de atuação clínica e que

podem ser comentadas ao longo da transcrição. Pode acontecer, por exemplo, de o terapeuta ter realizado uma intervenção muito pertinente e adequada, mas que também existem outras formas possíveis de serem feitas. Ou seja, a proposta é levantar sugestões, trazer ideias e fazer perguntas que possam fomentar novas formas de intervenção, ampliando o repertório técnico/criativo e o manejo clínico.

Ao final da transcrição, também são realizados comentários com os principais pontos que foram destacados ao longo da sessão clínica, mas destaca-se somente aquilo que é mais relevante para que se possa fechar os comentários sedimentando tais elementos. Algumas vezes, para dar robustez ao processo, aumentar a reflexão e a compreensão das competências, bem como trazer à consciência o que desse complexo conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes já foi alcançado e o que precisa ser revisto, é possível complementar o comentário final com ferramentas alternativas, por exemplo, com a CTS-R e/ou os aplicativos móveis (que ainda serão descritos neste capítulo).

Mais uma vez, é necessário que todo recurso usado e comentário descrito sejam pertinentes, adequados e construtivos, para que ajudem no desenvolvimento do terapeuta. Um ganho em fazer a transcrição comentada é ter um *feedback* escrito em que o terapeuta pode retornar sempre que precisar, que quiser estudar ou rever aquela transcrição. Quanto mais preciso for o comentário/*feedback* do supervisor, quanto mais claro e objetivo, focando especificamente as nuances de competência, o que foi feito e como foi feito, mais ganhos e possibilidades de construção e de elaboração serão proporcionadas.

Ressalta-se o cuidado em não incorrer na avaliação de julgamentos, adjetivos ou pessoalidades, e, sim, especificamente, no manejo clínico.

Uso da gravação e da transcrição durante a supervisão clínica

O uso da gravação clínica e da transcrição da sessão durante a supervisão também é uma excelente oportunidade de desenvolver competências. É possível ouvir a sessão gravada em supervisão, por exemplo, sendo que, a depender da duração do encontro supervisionado e do objetivo educativo a ser trabalhado naquele momento, é possível ouvir a sessão clínica inteira ou partes específicas do atendimento.

Velasquez[30] reforça que ouvir o segundo terço da sessão não oferece perda de qualidade para a supervisão clínica, uma vez que o foco está no desenvolvimento de competências e nesse terço da sessão é o momento em que geralmente acontecem intervenções e atividades visando à mudança. Quando a supervisão é em grupo, essa estratégia promove o *feedback* dos pares sobre a intervenção, aumenta a troca, a reflexão e a discussão sobre outras formas de fazer e fortalecer a tomada de decisão clínica (Figura 6).

Escutar	*Role-play*	Reescrever	*Debriefing*
■ Ouvir partes específicas da sessão gravada ■ Ouvir sessão inteira ■ *Feedback* do grupo/supervisor ■ Tomada de decisão clínica	■ *Role-play* com base no áudio ■ Aumenta a conexão com a vivência do terapeuta ■ Aprendizagem experiencial	■ Reelaborar perguntas e falas das transcrições ■ Desenvolver um diálogo socrático ■ Troca de transcrição ■ Uso de jogos e baralhos clínicos	■ Sessão revisada (escolhas de intervenção e aprofundar formulação de caso) ■ Autorreflexão (autoconsciência de pensamentos, emoções e comportamentos)

FIGURA 6: Uso da gravação clínica e da transcrição de sessão em supervisão. // Fonte: Elaborada pelas autoras.

Outra estratégia é fazer role-play com base no áudio e/ou na transcrição. Apesar de o *role-play* ser uma estratégia bastante usada, não sendo uma atividade nova no treinamento de terapeutas, o que a literatura e a prática das autoras deste capítulo têm mostrado é que, quando a encenação é sobre o atendimento geral, mas não conecta com a vivência do terapeuta, se torna uma forma de estratégia educativa instrucional. Isto é, fornece instrução, fortalece o sistema declarativo, mas não torna a aprendizagem experiencial, que fortalece o sistema procedural e reflexivo.[16,33]

Entretanto, quando o *role-play* é baseado na sessão ou em partes específicas da sessão terapêutica, aumenta-se a conexão com a vivência do terapeuta, o sentido e o significado da atividade, o que, por sua vez, fomenta a possibilidade do desenvolvimento de competências.

Utilizar a própria transcrição como fonte para reelaborar falas e intervenções é uma alternativa de estratégia educativa que tem sido apontada como relevante no aumento de repertório clínico.[27]

Quando o objetivo, por exemplo, é fortalecer a habilidade de questionamento socrático e de descoberta guiada, as autoras deste capítulo têm utilizado em sua prática supervisionada a reescrita de perguntas feitas pelo terapeuta na transcrição.

Na reescrita de perguntas feitas pelo terapeuta na transcrição, pede-se para o terapeuta em treinamento reescrever suas falas e apresentar novas formas de expressão, com perguntas diferentes, que podem incluir resumos, parafraseando em alguns momentos, perguntas de memória, de tradução, de interpretação, de aplicação, de análise, de síntese e de avaliação.[34]

Reescrever as próprias falas impacta no aprendizado, já que aumenta a possibilidade do uso do questionamento socrático. Essa atividade, em supervisão de grupo ou quando há terapeuta e coterapeuta, pode ser realizada com a troca das transcrições entre os colegas, em que a atividade de reescrever não passa pela sua própria intervenção, mas a do outro. Nesse sentido, distancia-se da autocrítica exagerada e negativa ou da imprecisão associada à autoavaliação que tende a ser superestimada ou subestimada, em especial quando o terapeuta pouco discrimina as competências, com pouca capacidade reflexiva sobre elas.[35]

Além disso, reescrever as próprias falas favorece o aprendizado de formas distintas de aplicabilidade da socratização do diálogo, sugerida pelos pares. Outra possibilidade é ouvir a sessão ou ler a transcrição de um dos colegas e pedir para que todos identifiquem pontos positivos e recursos do terapeuta em questão. Como resultado, aumenta-se o senso de autoeficácia do terapeuta, bem como o repertório dos colegas, que podem incluir formas de fazer diferentes das suas. Ainda como forma alternativa de trabalhar com a reelaboração de perguntas, é associar a transcrição com jogos, com baralhos e com outros instrumentos clínicos, como atividades ativas e lúdicas em supervisão.

Após a leitura da transcrição (que pode ter sido uma atividade prévia para casa ou no próprio encontro supervisionado) e breve discussão para aquecer os terapeutas para a atividade, escolhe-se o trecho que será reelaborado. Na sequência, se joga um dado que inicia perguntas: como, quando, aonde, quem, para que etc. Assim, o terapeuta precisará fazer uma nova pergunta que comece com aquela palavra que foi indicada no dado e que seja pertinente ao trecho da sessão clínica escolhido.

A atividade apresentada da associação da transcrição com atividades ativas e lúdicas em supervisão aumenta a criatividade, o manejo e o uso do questionamento socrático. Para outras associações e jogos, por exemplo, podem ser usados baralhos junto com a transcrição. Um exemplo é o jogo “Tô por Uma”,[36] que ajuda o terapeuta a identificar sobre quais emoções podem ser perguntadas, respostas fisiológicas e comportamentos pertinentes àquele trecho ou mesmo, como naquele momento poderia ser feita uma psicoeducação com esse jogo. Ou seja, com auxílio de outras ferramentas clínicas, é possível tornar o recurso de áudio e a

transcrição de sessão ainda mais potentes, divertidos, criativos e promotores de competências terapêuticas.

Independentemente de qual das diversas atividades foi escolhida para trabalhar com a gravação e a transcrição de sessão, um elemento que aparece sempre ao final dessas ações é o *debriefing*. É sempre necessário, ao final das atividades pedagógicas, fazer uma reflexão e um *feedback* sobre o que aconteceu, sobre qual era o objetivo, qual foi o alcance da atividade e o que se pode tirar de proveito para reorganizar o fazer clínico. Palaganas e colaboradores[37] apontam que o *debriefing* é uma etapa crítica e fundamental para o aprendizado de competências e melhoria do desempenho, porém exige do supervisor habilidades para colocá-lo em prática.

Um supervisor treinado, por exemplo, pode facilitar a aprendizagem a partir de um *debriefing* que fomente a reflexão da sessão revisada, fortalecendo a tomada de decisão clínica, as escolhas de intervenção e o aprofundamento da formulação de caso, como também avance no aumento da autorreflexão do terapeuta, favorecendo a autoconsciência dos próprios pensamentos ativados e das emoções eliciados e comportamentos emitidos na sessão e/ou no processo psicoterápico. Isso é, favorece o sistema reflexivo do modelo DPR, movimentando a complexa engrenagem do processo de aprendizagem.

As estratégias descritas até o momento para o uso dos recursos de gravação e de transcrição de sessão não têm por objetivo resumir todas as possibilidades, mas sim proporcionar ideias que possam ajudar a desenvolver competências clínicas. Como todo o recurso pedagógico, é importante conhecer os limites e as potencialidades, para que o supervisor possa escolher melhores maneiras de aplicá-las, de forma criativa e pautada nas evidências já existentes, com intuito de se aproximar das metas educativas do treinamento e de supervisão. Ao longo da prática das autoras deste capítulo com esses dois recursos pedagógicos, tanto como supervisoras quanto treinando supervisores, algumas dificuldades já foram enfrentadas:

- **a falta de preparo:**
    - **do terapeuta sobre o uso do recurso: por exemplo, de como ele vai falar com o paciente sobre o uso da gravação, quando ele esquece o aparelho de gravar a sessão;**
    - **do supervisor para potencializar o uso do recurso: que muitas vezes foca exclusivamente nas dificuldades e que acaba tornando os recursos como uma forma de invalidar e não capacitação do terapeuta;**
- **a avaliação:**
    - **medo do terapeuta sobre a avaliação: é muito comum que o terapeuta tenha medo de ser avaliado, de ser**

julgado dicotomicamente como bom ou péssimo terapeuta, como se tivesse dois extremos e como se a avaliação fosse uma apreciação pessoal. Identificar a emoção desagradável, como medo, e trabalhá-la antes do uso do recurso pedagógico é necessário, com o intuito de acolher, identificar distorções e aumentar atitudes de abertura do terapeuta;

- **falta de treinamento do supervisor para avaliar: quando o supervisor não é treinado em avaliar competências clínicas, em geral, apresenta falta de manejo e dificuldade de *feedback*, de reconhecimento dos pontos fortes do terapeuta e de quais as competências se quer colocar em voga e desenvolver;**

- **a atitude:**
  - **do terapeuta: muitas vezes, o terapeuta não tem abertura para a exposição e para a reflexão, não se permitindo a autorreflexão ou pensar sobre seu desempenho como propulsor de desenvolvimento. Uma vez que os recursos de gravação e de transcrição demandam a exposição do terapeuta, é fundamental que ele esteja confortável com a atividade pedagógica sugerida;**
  - **do supervisor: por vezes, o supervisor tem dificuldade em promover uma relação interpessoal menos hierárquica e mais colaborativa. A qualidade da relação interpessoal em supervisão diminui a audiência punitiva e aumenta a possibilidade de construção conjunta, de reflexão, de capacitação, e pode ter impacto positivo na maior abertura para a exposição do terapeuta. Assim, se torna importante rever os valores e papéis que o supervisor atribui a sua função;**

- **o tempo gasto:**
  - **para transcrever: ao final do processo supervisionado, todas as barreiras supracitadas, em geral, já foram perpassadas, mas a queixa do terapeuta sobre o tempo gasto na transcrição manual tende a se manter. Já existem alguns aplicativos e *softwares* (gratuitos e pagos) que convertem voz em texto e ajudam a diminuir o tempo da transcrição. Ainda assim, em geral, os *softwares* não oferecem a precisão necessária (com maior ou menor qualidade) ou o fazem apenas em línguas específicas (como em inglês e holandês), o que mantém o trabalho de transcrição demandando tempo, já que é sempre necessário corrigir erros e pontuar o texto. Ou seja, independentemente do aplicativo, é necessário que o terapeuta reveja toda a qualidade e reorganize o texto transcrito;**

- **para comentar a transcrição: o supervisor também gasta um tempo similar para comentar a transcrição, pois é uma tarefa com muitos detalhes de idas e vindas ao longo da sessão. Em vários momentos, o supervisor volta no áudio para confirmar se entendeu corretamente a transcrição, avaliando aspectos paralinguísticos e conteúdo da comunicação. Para essa tarefa, não há aplicativos que possam auxiliar o supervisor até o presente momento.**

A despeito das dificuldades apresentadas, uma vez que podem ser sanadas e/ou minimizadas com treinamento, manejo e preparo do supervisor, os ganhos obtidos com o uso da gravação e da transcrição de sessão são imensuráveis ao pensar em desenvolvimento de competências clínicas. Como maiores ganhos, identifica-se o aumento de competências clínicas e o impacto na condução da terapia e da supervisão. Com esse olhar, o primeiro destaque se refere ao impacto positivo na qualidade da condução da terapia, decorrente da melhora na capacidade e qualidade de tomada de decisão de intervenção.

A literatura,[26,27] corroborada pela experiência das autoras deste capítulo, aponta que os terapeutas passam a sustentar as escolhas terapêuticas com base em aspectos da demanda e de características idiossincráticas do paciente, dos objetivos terapêuticos e de dados clínicos. Isto é, baseiam-se em elementos mais específicos e adequados para conduzir a terapia. Da mesma forma, o uso desses recursos pode aumentar o repertório do supervisor, impactando na qualidade do treinamento ofertado, uma vez que a gravação e a transcrição clareiam as potencialidades e dificuldades dos terapeutas.

A partir do entendimento apresentado, o supervisor pode elaborar metas educativas mais claras e priorizá-las, escolher e focar nas competências a serem treinadas, identificar como usar os recursos pedagógicos de forma apropriada e como medir o progresso realizado em supervisão. Logo, percebe-se um impacto positivo na terapia e na supervisão. Outro aspecto considerado como um ganho essencial é o aumento do repertório para lidar com a contratransferência do terapeuta.

Permitir o olhar para si possibilita a identificação e o manejo dos aspectos que aparecem sobre o profissional ao longo da terapia, da intervenção. Dessa foram, o terapeuta poder reorganizar e ressignificar os aspectos contratransferenciais para que tenha menor impacto no processo terapêutico, o que, por sua vez, intensifica a qualidade do serviço terapêutico prestado.

Atividades

7. Com relação à gravação e à transcrição da sessão clínica, assinale a alternativa correta.

AA gravação em áudio tem pouca adaptabilidade aos diversos contextos de desenvolvimento do terapeuta.BDiferente da transcrição da sessão clínica, a gravação em vídeo é reconhecidamente uma ferramenta educativa de excelência.CPara o treinamento e a supervisão de terapeutas de casais, o uso da gravação da sessão em vídeo é contraindicado, pois expõe as emoções do terapeuta e do próprio casal.DA supervisão baseada exclusivamente no relato do terapeuta conta apenas com a memória do profissional.

Confira aqui a resposta

8. A literatura aponta que a gravação e a transcrição da sessão clínica, que muitas vezes são usadas de forma conjunta, trazem vários benefícios significativos no desenvolvimento de competências clínicas. Analise as afirmativas a seguir sobre esses benefícios.

I. Emissão do *feedback* imediato.

II. Avaliação de habilidades específicas.

III. Aumento da fidedignidade sobre o desempenho do terapeuta.

Qual(is) está(ão) correta(s)?

AApenas a I.BApenas a I e a II.CApenas a II e a III.DA I, a II e a III.

Confira aqui a resposta

9. Sobre a gravação e a transcrição da sessão clínica, assinale V (verdadeiro) ou F (falso).

O*feedback*específico fortalece a consistência do aprendizado, refina a percepção sobre a própria habilidade e a reflexão sobre o processo clínico, e melhora a precisão da autoavaliação.

Para que se possa tirar o máximo de proveito da gravação e da transcrição de sessão, é importante que o supervisor evite contextualizar tais recursos junto aos terapeutas em treinamento.

É necessário que toda a prática de treinamento seja feita com base nas diretrizes e recomendações elencadas pelo CFP a partir de resoluções para esse fim e pelo Código de Ética da Psicologia.

O uso da gravação e da transcrição de sessão deve focar exclusivamente nas dificuldades, pois objetiva-se ativar todas as crenças do profissional.

Assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

AV — F — V — FBV — V — F — VCF — V — F — VDF — F — V — F

Confira aqui a resposta

10. Sobre as possiblidades de uso da gravação e da transcrição de sessão, assinale a alternativa correta.

AIdentificar o número da sessão é uma ação sem impacto na avaliação de uma transcrição.BÉ importante saber em qual momento do tratamento a transcrição foi realizada.CEm relação à fala dos pacientes, deve-se ignorar as informações que foram notadamente desconsideradas pelo terapeuta.DNa fala do terapeuta, descarta-se o conteúdo considerado inadequado.

Confira aqui a resposta

11. Analise as afirmativas sobre os elementos do protocolo de *feedback* escrito para transcrição comentada organizado pelo grupo TrimTabPsi.

I. Dúvidas do supervisor que surgem ao longo da sessão.

II. Reforço sobre o que o terapeuta falou/fez.

III. Menção das habilidades interpessoais.

Qual(is) está(ão) correta(s)?

AApenas a I.BApenas a I e a II.CApenas a II e a III.DA I, a II e a III.

Confira aqui a resposta

12. O uso da gravação clínica e da transcrição da sessão, apesar de exigir muito dos profissionais em treinamento, tem sido cada vez mais indicado devido ao impacto que tal estratégia tem para o treino de competências. Analise as afirmativas sobre os usos da gravação e da transcrição.

I. Reescrever.

II. Escutar.

III. *Role-play*.

Qual(is) está(ão) correta(s)? .

AApenas a I.BApenas a I e a II.CApenas a II e a III.DA I, a II e a III.

Confira aqui a resposta

13. Ao longo da prática das autoras deste capítulo com a gravação e a transcrição da sessão, tanto como supervisoras quanto treinando supervisores, algumas dificuldades já foram enfrentadas. Analise as afirmativas sobre essas dificuldades.

I. A dicção do terapeuta.

II. O medo do terapeuta sobre a avaliação.

III. A atitude do supervisor.

Qual(is) está(ão) correta(s)?

AApenas a I.BApenas a I e a II.CApenas a II e a III.DA I, a II e a III.

Confira aqui a resposta

Avaliação como propulsor do desenvolvimento de competências

Como já foi visto anteriormente, para além de atividades que promovam competências clínicas essenciais em TCC, é fundamental verificar o quanto o terapeuta em treinamento evoluiu em prol dos conhecimentos, das habilidades e das atitudes terapêuticas durante o processo supervisionado. Para tanto, além de conhecer os *frameworks* de competência que norteiam o planejamento da caminhada no contexto da supervisão, é também importante estabelecer parâmetros e conhecer instrumentos que possam ajudar na verificação e na reflexão de desempenho clínico.

O conceito de competência está diretamente ligado à mensuração de comportamentos que fornecem padrões de desempenho considerados adequados para aquele contexto e profissão. Logo, entende-se que também reflete a aplicação do aprendizado.[11] Entretanto, um dos grandes desafios é como monitorar e verificar as habilidades clínicas ao longo do treinamento, sendo isso essencial para orientar o supervisor sobre as competências a serem treinadas e sobre o impacto do treinamento na prática clínica e nos resultados terapêuticos.

Sabendo que diferentes estratégias pedagógicas são necessárias para amplificar a aquisição de competências de acordo com o modelo DPR e que esse processo ocorre em tempos diversificados,[9] também se entende que a avaliação pode ser realizada por vários instrumentos e estratégias de maneira complementar. Como visto na seção anterior, por exemplo, a gravação e a transcrição de sessão podem ser usadas como recursos avaliativos, uma vez que fornecem uma visão mais nítida do atendimento. Porém, o uso de instrumentos padronizados favorece a consistência da avaliação global, como também a identificação de aspectos específicos.[38]

Sabe-se que o uso de medidas válidas de competências clínicas tem sido citado como uma estratégia de ensino que contribui no treino de terapeutas e na disseminação de procedimentos efetivos.[39] Assim, acredita-se que o uso conjunto de instrumentos validados e atividades avaliativas diversas permite levantar diretrizes qualitativas e quantitativas sobre as competências

clínicas. Dessa forma, tem-se elementos baseados em evidências, bem como sensíveis às idiossincrasias do terapeuta, que podem potencializar a reflexão sobre o desempenho, o que fazer e como fazer, valorizando o que já foi alcançado e repensando no que ainda precisa ser lapidado.

Baseando-se na importância de instrumentos que possam refletir a prática clínica e as competências essenciais, Young e Beck, em 1980,[6] desenvolveram a CTS ou CTRS, cujo objetivo era facilitar a observação e a avaliação de habilidades gerais e específicas em TCC. Esse instrumento conta com onze itens (cada um referente a uma habilidade clínica), medidos em uma escala com seis níveis de competência de Dreyfus,[40] quais sejam: não competente, iniciante, iniciante avançado, competente, proficiente e perito.

Gauy[41] aplicou um treinamento em estagiários de graduação em Psicologia para o atendimento de crianças ansiosas, utilizando um protocolo reconhecido internacionalmente e adaptado para o Brasil intitulado "Gato Corajoso". Como forma de identificar o desempenho dos alunos-terapeutas, foram aplicadas medidas de avaliação de competência, incluindo a CTS, nas formas de autoavaliação, avaliação por pares e pela supervisora. A partir da observação direta, como pelo uso da gravação e da transcrição de sessão[27] ou pela supervisão ao vivo,[28] é possível fazer avaliações mais precisas e coerentes.

Para que as avaliações reflitam o desempenho do terapeuta mais próximo do real, é crucial que o avaliador seja treinado. Sem conhecimento das habilidades que estão sendo avaliadas, das nuances questionadas e do instrumento utilizado, é provável que resulte em uma medida de baixa confiabilidade.[16]

Nesse sentido, o treino do supervisor deve passar pelo aprendizado sobre avaliação, parâmetros e medidas de competências clínicas.[42] Dessa forma, ressalta-se a importância da avaliação do supervisor para identificação da acurácia da competência, corroborando com a literatura, que aponta que a autoavaliação não é precisa em terapeutas menos competentes. Ainda assim, com o mesmo raciocínio aplicado ao treino de supervisores, os próprios terapeutas em treinamento também precisam aumentar suas habilidades em medir a própria evolução, aumentando o repertório

sobre as competências e os instrumentos, a fim de fortalecer a precisão de sua autoavaliação.[35]

Em 2001, Blackburn e colaboradores[43] revisaram a CTS, denominando-a CTS-R. Nessa revisão, passaram a considerar doze habilidades, distribuídas em gerais e específicas. Cada item passou a ser classificado em uma escala Likert de 7 pontos (0 a 6), indicando uma faixa de competência que varia desde incompetente a especialista, adaptada do Modelo de Competências de Dreyfus,[40] e descrita e no manual da CTS-R,[39] conforme demonstrado no Quadro 1.

Quadro 1

ESCALA DE DREYFUS DE AQUISIÇÃO DE HABILIDADES	
Nível	**Procedimento**
0: Sem experiência	**O terapeuta comete erros e exibe um comportamento ruim e inaceitável, que pode levar a consequências terapêuticas negativas.**
1: Iniciante	**O terapeuta atua de forma rígida/mecânica, demonstrando dificuldades de adaptação ao contexto. Falta evidência de raciocínio clínico.**
2: Iniciante avançado	**O terapeuta tem dificuldade para integrar os conceitos, e para priorizar as atividades, dando importância equivalente a todas elas. Há alguma evidência de intervenção contextualizada e de um raciocínio clínico coerente.**
3: Competente	**O terapeuta atua de forma fluida, integrada e contextualizada. Evidência de um planejamento e raciocínio clínico estruturado e do uso adequado das estratégias/procedimentos.**
4: Proficiente	**O terapeuta vê os problemas do paciente de forma holística, prioriza tarefas e é capaz de tomar decisões rápidas. O terapeuta é claramente qualificado e capaz de demonstrar maior flexibilidade.**
5: Especialista	**O terapeuta não usa mais regras, diretrizes ou máximas. Apresenta um raciocínio clínico e uma compreensão tácita profunda das questões do contexto clínico, e é capaz de usar novas técnicas de resolução de problemas. As habilidades são demonstradas mesmo em face de dificuldades (por exemplo, evitação excessiva).**
6: Perito	**O terapeuta demonstra excelente manejo e raciocínio clínico, mesmo em face de dificuldades (por exemplo, evitação excessiva ou agressividade**

	do paciente).

// Fonte: Adaptado de James e colaboradores (2001).[39]

Atualmente, a CTS-R é o instrumento mais usado no cenário mundial para medir a competência de terapeutas no atendimento individual de adultos em TCC, trazendo mais uma opção de metodologia além dos resultados do paciente no atendimento.[39]

No entanto, no Brasil há uma lacuna de instrumentos validados que meçam competência clínica em TCC. Apenas nos últimos anos, grupos de pesquisadores têm tentado minimizar essa problemática. A título de exemplo, Reis e Barbosa[24] apontaram o trabalho de adaptação da CTS-R que realizaram e que resultou na versão brasileira do instrumento, mas que até o presente momento não se encontra disponível. Recentemente, Moreno e Sousa fizeram a adaptação transcultural da CTS e a denominaram Escala de Avaliação em Terapia Cognitivo-Comportamental.[44] Há também um movimento de outro grupo de pesquisadoras que está em processo de elaboração e de validação de instrumento para medir competências de terapeutas de grupo em TCC (escala de TCC em grupos [ETCCG]).[45]

Escala de competência de terapeutas cognitivo-comportamentais

Uma vez que a supervisão é considerada uma estratégia crucial do programa de treinamento para o aumento de competências clínicas em TCC, entende-se que o uso da CTS-R em momentos diferentes desse treinamento pode fornecer indicativos sobre a mudança.

Ainda que a CTS-R ou a ETCCG não estejam disponíveis no momento na versão brasileira, se mantém a importância do uso de medidas de competência clínicas em supervisão. Na vivência prática das autoras deste capítulo, o uso da CTS ou da CTS-R, mesmo que por tradução livre, tem sido notadamente uma ferramenta de suporte para avaliar o desenvolvimento de terapeutas e para aumentar a reflexão e consciência sobre os pontos fortes e os que precisam ser melhorados na atuação clínica.

Os itens da CTS-R serão apresentados, a seguir, tomando por base o instrumento original,[43] o manual do instrumento[39] e a revisão de autores nacionais.[24] A CTS-R separa duas grandes categorias de habilidades que serão medidas: gerais e específicas (Figura 7).

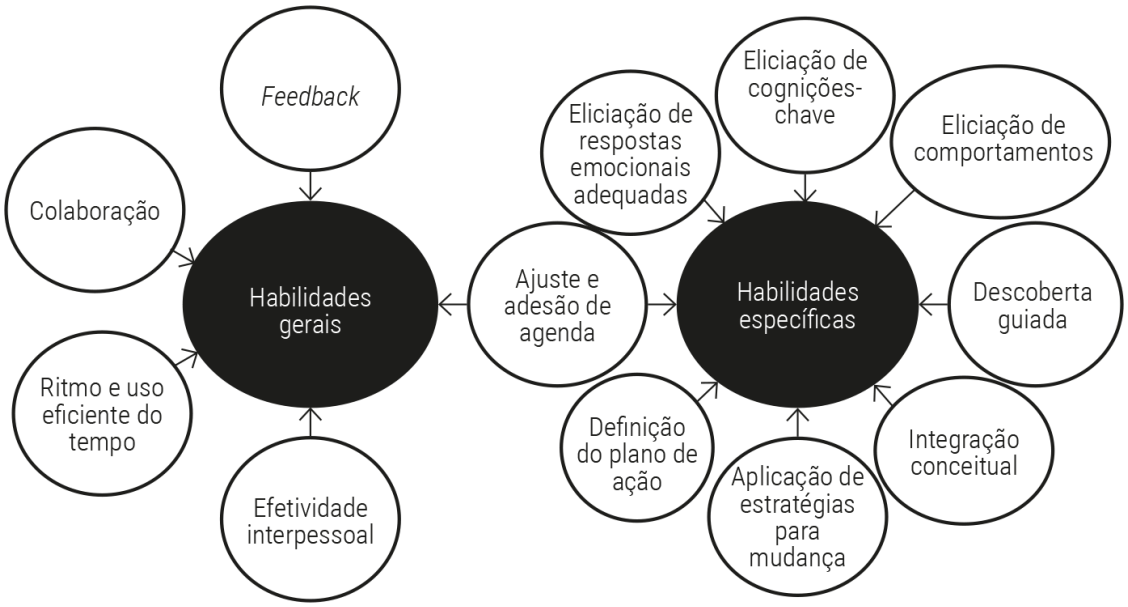


FIGURA 7: Habilidades gerais e específicas que compõem a CTS-R. // Fonte: Elaborada pelas autoras.

Para melhor entendimento da escala, serão destacadas as características mais relevantes de cada uma das habilidades que compõem os itens da CTS-R.

Ajuste e adesão de agenda

O ajuste e a adesão de agenda têm como característica principal identificar tópicos a serem discutidos em cada sessão, que foram acordados colaborativamente, e conectados com as metas de tratamento. O item deve ser estabelecido nos primeiros 5 a 10 minutos, após a ponte com a sessão anterior e verificação do humor e da tarefa, sendo que o formato para definir a agenda pode variar de acordo com o estágio da terapia, tendo uma participação mais ativa do terapeuta no início do processo. Três características precisam ser consideradas na pontuação desse item:

- **presença/ausência de agenda explícita, acordada e priorizada, e viável no tempo disponível da sessão;**
- **adequação do conteúdo da agenda (estágio da terapia, preocupações atuais, metas etc.);**
- **adesão apropriada à agenda ao longo da sessão.**

Feedback

O *feedback* tem como característica principal a capacidade de compreensão de questões-chave por parte do terapeuta e do cliente. As duas principais maneiras de dar *feedbacks* periódicos e frequentes são por meio de resumo geral e do agrupamento de unidades ou temas de informação importantes. O uso de *feedback* apropriado ajuda tanto o terapeuta a entender a situação do cliente quanto o cliente a sintetizar o material,

possibilitando que ele/ela tenha mais *insights* e realize mudanças terapêuticas. Os *feedbacks* também auxiliam o terapeuta e o cliente no foco do que está sendo trabalhado. Segundo o manual do instrumento, três características devem ser consideradas para pontuar esse item:

- **presença, frequência ou ausência de *feedback* — aqui se considera que o *feedback* deve ser dado/eliciado durante toda sessão, com resumos principais tanto no aquecimento (revisão da semana/ponte da sessão anterior/checagem do plano de ação e humor/agenda) quanto no final (resumo da sessão), e revisão dos tópicos (por exemplo, eixos temáticos);**
- **adequação do conteúdo do *feedback*;**
- **adequação da maneira de dar e eliciar os *feedbacks*.**

Colaboração

A colaboração tem como característica principal a capacidade do terapeuta de encorajar a participação ativa do cliente na sessão, estabelecendo um evidente trabalho em equipe. É importante que o terapeuta equilibre: (a) entre a estrutura da abordagem/tratamento e a liberdade de escolha e responsividade oferecida ao paciente, e (b) entre os recursos verbais e não verbais, para melhor atender às demandas de cada paciente. Segundo o manual do instrumento, três características devem ser consideradas, que incentivem o trabalho em equipe, para pontuar esse item:

- **habilidades verbais (por exemplo, não intimidatórias/acolhedoras/questionadoras);**
- **habilidades não verbais (por exemplo, atenção e uso de atividades conjuntas);**
- **compartilhamento de resumos verbais e/ou escritos.**

Ritmo e uso eficiente do tempo

O ritmo e o uso eficiente do tempo têm como característica principal a gestão do tempo da sessão, ou seja, a fluidez da estrutura da sessão, considerando o início (aquecimento), o meio e a conclusão (desaquecimento). O trabalho deve ser bem distribuído em relação às necessidades do cliente, de maneira que questões importantes sejam trabalhadas e digressões improdutivas interrompidas. A sessão não deve ir além do tempo sem boa razão. Segundo o manual do instrumento, três características devem ser consideradas para pontuar esse item:

- **o grau em que a sessão flui sem esforço por fases delimitadas;**
- **a adequação da distribuição de temas/estrutura durante toda a sessão;**

- **o grau de ajuste ao ritmo/à velocidade de aprendizagem do cliente.**

Efetividade interpessoal

A efetividade interpessoal tem como característica principal a capacidade de o terapeuta passar confiança e inspirar os clientes, pela empatia (verbal e não verbal), pela cordialidade, pela autenticidade, pela abertura, pela criatividade e pelo calor (expressão clara do interesse positivo e preocupação com o bem-estar do paciente), garantindo o comportamento profissional e ético. O que distingue um especialista, nesse item, é a capacidade de ajustar a atividade e o calor de acordo com as demanda do contexto e do paciente. Segundo o manual do instrumento, três características devem ser consideradas para pontuar esse item:

- **empatia — capacidade de compreender o paciente a partir da perspectiva dele e de usar isso para promover mudanças;**
- **genuinidade — capacidade para estabelecer uma relação autêntica de confiança;**
- **calor humano — capacidade de o terapeuta estabelecer uma relação acolhedora, demonstrando ao paciente se sentir querido e acolhido.**

Eliciação de respostas emocionais adequadas

A eliciação de respostas emocionais adequadas tem como características principais a capacidade do terapeuta de monitorar e manter níveis apropriados de emoção expressada pelo cliente, como também a capacidade de lidar e usar terapeuticamente o conteúdo emocional, que aparece na sessão e que pode, inclusive, interferir no tom do atendimento, do processo e da relação terapêutica (por exemplo, apatia, hostilidade, tristeza, ansiedade, raiva excessiva).

Um terapeuta experiente reconhecerá a inconsistência entre o conteúdo emocional e cognitivo e explorará tais discrepâncias, a partir de um questionamento cuidadoso que ajudará o paciente a acessar suas emoções associadas. Tais habilidades permitirão ao cliente acessar e expressar suas emoções de uma maneira que facilite a mudança.

Segundo o manual do instrumento, três características devem ser consideradas para pontuar o referido item:

- **facilitar ao paciente o acesso às emoções associadas a uma situação e/ou cognição particular;**
- **fazer uso e contenção apropriados da expressão emocional do cliente;**
- **fazer uso de expressão emocional, de maneira que encoraje o acesso e a diferenciação apropriados das emoções nos diferentes contextos.**

Eliciação de cognições-chave

A eliciação de cognições-chave tem como características principais a capacidade do terapeuta para ajudar o cliente a acessar suas cognições (pensamentos, suposições e crenças) e a entender a relação entre essas e suas emoções estressoras.

O terapeuta também deve ser capaz de eliciar as cognições-chave, mesmo quando elas não são aparentes, e usar seu julgamento profissional para determinar quais são as cognições-chave, levando em consideração as necessidades e prontidão do paciente, e o estágio da terapia. Isso pode ser feito mediante o uso de estratégias para mudanças, como questionamento socrático, diários e procedimentos de monitoramento.

Segundo o manual do instrumento, três características devem ser consideradas para pontuar esse item:

- **eliciação de cognições que estão associadas a emoções estressoras (por exemplo, selecionando cognições-chave e "pensamentos quentes"/repetitivos e intrusivos);**
- **habilidade nos métodos usados (por exemplo, questionamento socrático, monitoramento adequado, seta descendente, técnica de imagens, dramatizações etc.);**
- **escolha do nível adequado de trabalho para o estágio da terapia (por exemplo, pensamentos automáticos, suposições ou crenças centrais).**

Eliciação de comportamentos

A eliciação de comportamentos tem como característica principal a capacidade do terapeuta em ajudar o cliente a ter insights sobre o efeito de seus comportamentos na manutenção de seus problemas. Isso pode ser feito por meio do uso de questionamento, diários e procedimentos de monitoramento. Segundo o manual do instrumento, duas características devem ser consideradas para pontuar esse item:

- **eliciação de comportamentos, que estão associados a emoções estressoras (incluindo o uso de comportamentos de segurança);**
- **habilidade nos métodos usados (por exemplo, questionamento socrático, monitoramento adequado, técnica de imagem, dramatizações etc.).**

Descoberta guiada

A descoberta guiada tem como característica principal a capacidade do terapeuta em ajudar o cliente a desenvolver hipóteses em relação a sua situação atual e a gerar potenciais soluções para si. O cliente é ajudado a desenvolver uma gama de perspectivas em relação a sua experiência.

A descoberta guiada efetiva vai criar dúvidas onde previamente existia certeza, propiciando, então, a oportunidade de reavaliação e ocorrência de novas aprendizagens. As perguntas usadas devem ser compreensíveis ao paciente e adequadas ao estágio da sessão, para que promova uma mudança efetiva.

Segundo o manual do instrumento, duas características devem ser consideradas para pontuar esse item:

- **o estilo do terapeuta — deve ser aberto e questionador, e não interrogador ou debatedor;**
- **o uso efetivo de técnicas de questionamento (por exemplo, questionamento socrático) deve encorajar o cliente a descobrir informações úteis que possam ser usadas para ajudá-lo a ganhar um nível melhor de entendimento do que está acontecendo.**

Integração conceitual (conceitualização integralizada)

A integração conceitual tem como característica principal a capacidade do terapeuta em ajudar o cliente a fazer a integração da história de seu problema, de situações ou gatilhos disparadores ou mantenedoras do problema, a fim de trazer mudanças para o presente e o futuro. O terapeuta deve ajudar o cliente a ter entendimento de como suas percepções, interpretações, crenças, atitudes e regras se relacionam com seu problema.

Uma boa conceitualização irá examinar cognições e estratégias de enfrentamento prévias, assim como as atuais e o ciclo de manutenção do problema. Esse entendimento, com base na teoria, deve ser bem integrado e usado para guiar a terapia. A ausência da conceitualização pode levar a uma terapia desarticulada e o trabalho pode perder seu foco e consistir apenas em um conjunto de técnicas não relacionadas.

Segundo o manual do instrumento, duas características devem ser consideradas para pontuar esse item:

- **a presença ou ausência de uma conceitualização adequada alinhada com os objetivos da terapia;**
- **a maneira como a conceitualização é usada (por exemplo, como prever obstáculo ou estabelecer intervenções ou tarefas de casa etc.).**

Aplicação de estratégias para mudança

A aplicação de estratégias para mudança tem como característica principal a habilidade do terapeuta em usar e ajudar o cliente a utilizar técnicas cognitivas e comportamentais adequadas de acordo com a formulação. O terapeuta ajuda o cliente:

- **a desenvolver métodos cognitivos adequados para avaliar as cognições-chave associadas a emoções estressoras, conduzindo a importantes e novas perspectivas e a mudanças emocionais;**
- **a aplicar técnicas comportamentais, de acordo com a formulação quanto a desenvolver planos adequados para mudança efetiva;**
- **a identificar possíveis dificuldades e a pensar por meio de análise racional para realizar as tarefas.**

As estratégias para mudança:

- **promovem meios úteis para o cliente testar as cognições de forma prática e obter experiência lidando com altos níveis de emoção;**
- **permitem ao terapeuta obter *feedback* em relação ao nível de compreensão do cliente quanto às demandas práticas futuras**

(por exemplo, pela forma que o cliente executa a tarefa na sessão).

Segundo o manual do instrumento, três características devem ser consideradas para pontuar o referido item:

- **a adequação das estratégias cognitivas (por exemplo, diários de mudança cognitiva, *continuum* cognitivo, distanciamento, gráficos de responsabilidade, alternativas de avaliação, exame de prós e contras etc.) e comportamentais (por exemplo, diários de comportamento, testes comportamentais, dramatização, atribuições de tarefas graduais, prevenção de resposta, reforço do trabalho do cliente, modelação, aplicação de relaxamento, controle da respiração etc.);**
- **habilidade na aplicação das estratégias;**
- **adequação das estratégias para as necessidades do cliente e o estágio do tratamento.**

Definição do plano de ação (tarefas de casa)

A definição do plano de ação tem como característica principal a habilidade do terapeuta para definir, de forma colaborativa, um plano de ação apropriado, com objetivos claros e precisos.

Um plano de ação apropriado deve considerar o estágio da terapia, as metas, a agenda e a conceitualização do caso, e deve sempre ser discutido e iniciado na sessão. É importante o terapeuta assegurar que o cliente entenda as razões para ter um plano e que essa atividade assegure que o conteúdo da sessão de terapia é, ao mesmo tempo, relevante e integrado com ambiente do cliente, favorecendo, assim, uma ponte entre a terapia e o mundo real.

Segundo o manual do instrumento, três características devem ser consideradas para pontuar o referido item:

- **presença ou ausência de um plano de ação com objetivos claros e precisos;**
- **derivado do material discutido na sessão, para que haja claro entendimento do que será aprendido realizando o plano;**
- **ser definido em conjunto, de forma colaborativa, e com tempo suficiente para que o cliente entenda como e por que fazer tal**

atividade (por exemplo, explicação, discussão sobre a relevância, previsão de obstáculos etc.).

Atividades

14. Com relação à avaliação como propulsor do desenvolvimento de competências, assinale a alternativa correta.

AO conceito de competência está indiretamente ligado à mensuração de comportamentos que fornecem padrões de desempenho considerados adequados para aquele contexto e profissão.BA competência nem sempre reflete a aplicação do aprendizado.CÉ fundamental verificar o quanto o terapeuta em treinamento evoluiu em prol dos conhecimentos, das habilidades e das atitudes terapêuticas durante o processo supervisionado.DApenas um ou duas estratégias pedagógicas são necessárias para amplificar a aquisição de competências de acordo com o modelo DPR.

Confira aqui a resposta

15. Sobre a avaliação como propulsor do desenvolvimento de competências, assinale V (verdadeiro) ou F (falso).

O uso de medidas válidas de competências clínicas tem sido citado como uma estratégia de ensino que contribui no treino de terapeutas e na disseminação de procedimentos efetivos.

A CTS tem como objetivo principal facilitar a observação de habilidades gerais e específicas em TCC.

A CTS conta com onze itens (cada um referente a uma habilidade clínica), medidos em uma escala com seis níveis de competência de Dreyfus.

Para que as avaliações reflitam o desempenho do terapeuta mais próximo do real, é crucial que o avaliador não seja treinado.

Assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

AV — F — V — FBV — V — F — VCF — V — F — VDF — F — V — F

Confira aqui a resposta

16. Com relação à escala de Dreyfus de aquisição de habilidades adaptada, como é caracterizado o nível “competente”?

APor um terapeuta que trata todos os aspectos da tarefa separadamente e dá igual importância a eles.BPor um terapeuta capaz de ver as tarefas vinculadas a uma estrutura conceitual.CPor um terapeuta que vê os problemas do paciente de forma holística, prioriza tarefas e é capaz de tomar decisões rápidas.DPor um terapeuta que não usa mais regras, diretrizes ou máximas.

Confira aqui a resposta

17. A CTS-R considera doze habilidades, distribuídas em gerais e específicas, classificadas em uma escala Likert de 7 pontos (0 a 6), indicando uma faixa de competência que varia desde incompetente a especialista. Com relação às habilidades gerais e específicas da CTS-R, assinale a alternativa correta.

AAjuste e adesão da agenda — ritmo e uso eficiente do tempo — adesão a estrutura.BFeedback — colaboração — descoberta guiada — conceitualização integrada.CEfetividade interpessoal — definição e plano de ação — colaboração.DEliciação de respostas emocionais adequadas — eliciação de comportamentos — eliciação de cognições-chave.

Confira aqui a resposta

18. Sobre o item da CTS-R que é pontuado em habilidades gerais e específicas, assinale a alternativa correta.

AFeedback .BDescoberta guiada.CAjuste e adesão da agenda.DColaboração.

Confira aqui a resposta

19. Com relação à CTS-R, a capacidade do terapeuta de encorajar a participação ativa do cliente na sessão, estabelecendo um evidente trabalho em equipe, é a característica principal de quê?

ADo ritmo e uso eficiente do tempo.BDa colaboração.CDa efetividade interpessoal.DDa integração conceitual.

Confira aqui a resposta

Aplicativos móveis como facilitadores da aprendizagem em supervisão

No cenário atual, a tecnologia surge como um meio para encurtar a distância entre a supervisão tradicional e a supervisão baseada em competências, definida como o padrão-ouro.

O uso da tecnologia em supervisão viabiliza o acesso à informação de qualidade sobre a atuação do supervisionando antes, durante e após a sessão de supervisão. O acesso a dados objetivos sobre o próprio exercício profissional permite o compromisso do terapeuta com o exercício contínuo da prática deliberada.

Com o avanço das tecnologias móveis e, especialmente, a crescente utilização de aparelhos celulares pela população mundial, houve a progressiva popularização do uso de aplicativos móveis e suas inúmeras funcionalidades. E, quanto mais as pessoas aderem ao uso dessas tecnologias em seu dia a dia, maior se torna a expectativa por experiências digitais em outras áreas, como a educação e o cuidado com a saúde, especialmente para as gerações X, Y e Z.[46] Uma consequência natural desse processo é a menor probabilidade de engajamento no uso de recursos tradicionais em meio papel, o que influencia também a prática em psicoterapia, em

que, segundo Beck,[47] a integração de aplicativos móveis parece inevitável.

Os aplicativos móveis têm sido incorporados como recurso adicional em contextos psicoterapêuticos,[48] contribuindo para psicoeducação, avaliação e monitoramento, construção de habilidades e facilitação de intervenções e tratamentos específicos. Além disso, sua inclusão no processo terapêutico oferece a possibilidade de uma maior conexão com o tratamento entre as sessões de terapia, facilitando a adesão às atividades propostas e o exercício das habilidades aprendidas no momento em que elas são mais necessárias.[47]

De forma semelhante, a incorporação do uso de aplicativos móveis como recurso pedagógico complementar na formação de terapeutas pode ampliar as oportunidades de aprendizagem, favorecendo a disseminação de abordagens baseadas em evidências e a implementação de intervenções mais efetivas (Quadro 2).

Quadro 2

BENEFÍCIOS DO USO DE APLICATIVOS MÓVEIS NA SUPERVISÃO
• **Conveniência** • **Conexão** • **Variedade** • **Personalização e autonomia** • **Privacidade** • **Documentação**

// Fonte: Elaborado pelas autoras.

A maioria dos aplicativos móveis apresenta uma série de funcionalidades, que pode ser utilizada pelo supervisor clínico em intervenções novas e criativas, dependendo da necessidade de cada aluno ou grupo de supervisão, maximizando os ganhos do processo de supervisão antes, durante e depois de cada encontro.

Disponíveis em qualquer momento e local, os aplicativos móveis ainda viabilizam a experimentação e o engajamento do supervisionando em atividades relacionadas aos seus objetivos de desenvolvimento professional, na frequência e intensidade por ele desejadas. A sua utilização pode facilitar a construção de habilidades-alvo e contribuir para a generalização dessas habilidades para diferentes contextos, com maior segurança e privacidade.

Além do exposto, os aplicativos móveis permitem a independência em relação a formulários ou outros recursos impressos, facilitando o registro, o arquivo, a avaliação e o acompanhamento do progresso do aluno. O mapeamento e o armazenamento de

informações relativas ao trabalho realizado dentro e fora da sessão de supervisão também podem ser realizados por meio de aplicativos, simplificando o processo de documentação da prática clínica supervisionada, fundamental em contextos institucionais.

O compartilhamento de conteúdo e a própria interação entre supervisores e terapeutas em treinamento passam a ser mais naturais com a adoção de aplicativos móveis, o que não apenas pode ampliar a frequência e a qualidade das trocas entre as sessões de supervisão, como também a sensação de proximidade com o supervisor. Em um estudo com supervisionandos de terapia ocupacional, Martin e colaboradores[49] observaram que a disponibilidade do supervisor entre as sessões de supervisão aumentou a percepção dos profissionais a respeito da efetividade da prática supervisionada.

No entanto, como seria o caso de qualquer recurso pedagógico não tecnológico, embora haja inúmeras vantagens no uso de aplicativos móveis na formação de terapeutas, toda atividade proposta em supervisão deve ser orientada por um plano de trabalho fundamentado em teorias da aprendizagem, permitindo uma conexão entre a teoria e a prática da TCC. E, durante o planejamento de suas intervenções, o supervisor pode selecionar os mais diferentes recursos dentro do universo de aplicativos móveis para melhor atender aos seus objetivos pedagógicos (Quadro 3).

Quadro 3

RECURSOS QUE PODEM SER UTILIZADOS ANTES, DURANTE A APÓS A SESSÃO DE SUPERVISÃO
• **Aplicativos para saúde mental baseados na TCC** • **Aplicativos para criação de formulários** • **Aplicativos de mensagens** • **Aplicativos para gravação de áudio e vídeo** • **Aplicativos de organização e produtividade**

TCC: terapia cognitivo-comportamental. // Fonte: Elaborado pelas autoras.

Os aplicativos em saúde mental podem simplificar o acesso a recursos relevantes da abordagem,[49] que, utilizados no processo de formação de terapeutas, podem contribuir para a maior fluência e familiaridade com técnicas que integram a prática clínica.

Quando utilizados durante a sessão de supervisão, os aplicativos de técnicas da TCC podem maximizar os benefícios de intervenções experienciais, como o *role-play*, a técnica da cadeira vazia e o experimento comportamental, contribuindo para a prevenção do processo de deriva na supervisão clínica.

De acordo com Pugh e Margetts,[50] a deriva é observada na supervisão clínica quando seus componentes centrais (avaliação da fidelidade ao modelo de terapia, uso de ensaios comportamentais, observação direta do desempenho do terapeuta e monitoramento do progresso terapêutico) são negligenciados, criando uma desconexão entre a teoria e a prática da abordagem. Nesse cenário, a sessão de supervisão tende a ser menos efetiva do que poderia, diminuindo as oportunidades para o desenvolvimento técnico, profissional e pessoal do terapeuta.

Um benefício suplementar do uso de aplicativos de técnicas da TCC na formação de terapeutas consiste na oportunidade para a prática pessoal do próprio terapeuta, que parece ter um papel fundamental no processo de treinamento e de desenvolvimento profissional, complementando estratégias de ensino mais convencionais.[21]

Além dos recursos adicionais de edição e da maior qualidade dos registros, os aplicativos para gravação de áudio e de vídeo ajudam a informar a supervisão com dados objetivos sobre a atuação do terapeuta, o que possibilita o *feedback* específico, positivamente associado à aprendizagem em supervisão.[3] E essas ferramentas também podem ser utilizadas para registrar momentos pontuais da própria supervisão, que podem ser ouvidos posteriormente para reforçar a aprendizagem.

O uso de aplicativos de formulários e mensagens de texto permite a utilização de questionários, exercícios de múltipla escolha, inventários de *feedback*, revisões de pontos-chave da sessão de supervisão anterior, além do compartilhamento de conteúdos adicionais. Os formulários e as mensagens de texto podem integrar, inclusive, a preparação e o envio da pergunta de supervisão, prática associada à maior efetividade da sessão de supervisão.[49] Orientado por diretrizes previamente enviadas pelo supervisor, o aluno pode formular perguntas específicas, úteis e relevantes para as suas necessidades de aprendizagem em supervisão.[18,51]

Finalmente, os aplicativos de organização e de produtividade permitem o desenvolvimento de planos de estudo, a organização das atividades da supervisão, considerando as demandas já inseridas na rotina do aluno, e a otimização do tempo disponível para o desenvolvimento profissional. O Quadro 4 apresenta

algumas alternativas para a utilização de aplicativos móveis de forma efetiva antes, durante e após a sessão de supervisão.

Quadro 4

USO DE APLICATIVOS MÓVEIS NAS DIFERENTES FASES DA SUPERVISÃO	
Preparação para a sessão de supervisão	• **Compartilhamento de conteúdos (textos, vídeos, *podcasts* etc.)** • **Compartilhamento de gravações (sessões inteiras ou fragmentos específicos)** • **Envio da pergunta de supervisão** • **Formulários com questionários e exercícios de múltipla escolha** • **Formulários para investigação de necessidades e objetivos para a supervisão** • **Lembretes das atividades propostas** • **Lembretes dos pontos-chave da última sessão de supervisão** • **Atividades realizadas via aplicativo* e compartilhadas no grupo (formulação de caso colaborativa de personagens populares, possíveis planos de ação ou experimentos comportamentais para uma situação-problema fictícia)** • **Diário da aprendizagem** • **Envio de registros das atividades realizadas nos atendimentos**
Otimização dos benefícios da sessão de supervisão	• **Gravação da sessão de supervisão inteira ou de fragmentos específicos** • **Perguntas pinga-fogo via formulário** • **Exercícios de múltipla escolha** • **Formulação de caso colaborativa com preenchimento via aplicativo*** • ***Role-play* com preenchimento de registros via aplicativo*** • ***Role-play* com rodízio do observador (preenchimento via aplicativo* das hipóteses de formulação, pensamentos automáticos do terapeuta e planos de ação alternativos)** • **Avaliação de pensamentos relacionados à**

	supervisão via aplicativo • **Formulários para *feedback* detalhado**
Manutenção e generalização de ganhos	• **Ouvir gravações da sessão de supervisão** • **Formulários de prática reflexiva para identificação de pontos de melhoria e necessidades de aprendizagem** • **Prática pessoal com as técnicas da TCC** • **Prática reflexiva com o uso de diários de aprendizagem via aplicativo (resumos, reflexões, pontos-chave, realizações, frustrações, dúvidas)**
*** Os registros via aplicativo podem ser compartilhados com o supervisor para documentação das atividades realizadas e avaliação do progresso dos alunos.**	

TCC: terapia cognitivo-comportamental. // Fonte: Elaborado pelas autoras.

Possíveis desafios na inclusão de aplicativos móveis na supervisão clínica

O uso efetivo de tecnologia parece estar associado a melhores resultados no processo de supervisão.[52] No entanto, é essencial que supervisores e supervisionados sejam competentes no uso da tecnologia adotada,[53] o que torna essencial o investimento na familiarização com a ferramenta de escolha, como aconteceria no processo de desenvolvimento de qualquer nova área de competência.[54] East e Havard[46] ressaltam ainda a importância de se experimentar pessoalmente uma inovação para testá-la de maneira completa e que isso se torna especialmente relevante quando se considera o contexto dos imigrantes tecnológicos, como pode ser o caso de muitos supervisores.

Um segundo desafio que pode acompanhar a utilização de aplicativos móveis na supervisão clínica consiste na própria escolha dos aplicativos. Nesse caso, a avaliação cuidadosa do aplicativo pelo supervisor, assim como a consulta de plataformas criadas para a análise ou a classificação de aplicativos na área de saúde (Orcha, Psyberguide, Mindtools.io etc.) podem ser bastante úteis.[55]

A classificação de intervenções em saúde digital elaborada pela Organização Mundial de Saúde[56] também pode facilitar a comunicação entre a área de tecnologia e a área da saúde. E talvez mais que um desafio, a inclusão de tecnologia na supervisão clínica pode oferecer uma preciosa oportunidade para o supervisor, que

seguramente aprenderá tanto quanto ensina em uma experiência que requer estudo, humildade, entusiasmo e abertura.

Atividades

20. Analise as afirmativas sobre os aplicativos móveis como facilitadores da aprendizagem em supervisão.

I. No cenário atual, a tecnologia surge como um meio para encurtar a distância entre a supervisão tradicional e a supervisão baseada em competências, definida como o padrão-ouro.

II. O uso da tecnologia em supervisão viabiliza o acesso à informação de qualidade sobre a atuação do supervisionando somente após a sessão de supervisão.

III. A interação entre supervisores e terapeutas em treinamento passa a ser mais artificial com a adoção de aplicativos móveis, o que pode reduzir a frequência e a qualidade das trocas entre as sessões de supervisão.

Qual(is) está(ão) correta(s)?

AApenas a I.BApenas a I e a II.CApenas a II e a III.DA I, a II e a III.

Confira aqui a resposta

21. Analise as afirmativas sobre as vantagens que o uso de aplicativos móveis pode oferecer para a prática clínica supervisionada.

I. Possibilidade de atividades multitarefas durante a supervisão.

II. Maior diversidade nas atividades propostas.

III. Atender às necessidades específicas de cada aluno.

Qual(is) está(ão) correta(s)?

AApenas a I.BApenas a I e a II.CApenas a II e a III.DA I, a II e a III.

Confira aqui a resposta

22. O uso de aplicativos móveis pode contribuir de diferentes formas para a aprendizagem antes, durante e após a sessão de supervisão. Considerando o texto, marque V (verdadeiro) ou F (falso) sobre os possíveis desafios desse processo.

Escolha de uma ferramenta adequada.

Competência tecnológica das pessoas envolvidas.

Instabilidade da conexão com a Internet.

Falta de familiaridade do supervisor com as teorias da aprendizagem.

Assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

AV — F — V — FBV — V — F — VCF — V — F — VDF — F — V — F

Confira aqui a resposta

R. fornecia supervisão para um grupo de três terapeutas, como parte do estágio clínico em um curso de especialização em TCC. No total, aconteceram 30 encontros supervisionados, sendo que no primeiro dia foi estabelecido o contrato de supervisão, com metas e atividades. De acordo com a proposta de ensino, inicialmente, as terapeutas fizeram a triagem de pacientes para atendimento na clínica-escola.

No quinto encontro supervisionado, todas já tinham iniciado o atendimento. A supervisão, que durava 1 hora e 30 minutos, acontecia de forma estruturada e com as seguintes atividades: discussão de textos teóricos, apresentação dos principais pontos do atendimento clínico e uma atividade formativa que poderia ser, por exemplo, *role-play*, assistir um vídeo de atendimento ou fazer algum exercício escrito. Para acompanhar o desenvolvimento de competências, as atividades propostas foram: gravação e transcrição das sessões #4, #12 e #18, e responder à CTS-R (autoavaliação e avaliação dos colegas e da supervisora R.).

Para trabalhar com esses recursos em supervisão, foram utilizadas as seguintes estratégias: leitura e discussão do mapa de competências,[20] levantamento dos pontos fortes dos atendimentos das colegas e do que poderia ser incorporado na própria atuação, tornando as falas mais socráticas nas transcrições, sendo a primeira vez com a troca das transcrições e a segunda vez na sua mesma transcrição. As terapeutas também utilizaram um aplicativo móvel para identificar e acompanhar os próprios pensamentos, sentimentos e comportamentos frente aos atendimentos, a supervisão e o monitoramento de competência.

O monitoramento de tais aspectos foi discutido em três momentos em supervisão ao longo dos encontros. Ao final do processo supervisionado, as terapeutas fizeram uma lista de como elas atendiam antes da supervisão e após a supervisão, a fim de visualizar as mudanças alcançadas.

Atividades

23. Com base no caso de supervisão clínica, assinale a alternativa correta.

AUma vez que o objetivo da supervisão é tirar dúvidas sobre o atendimento clínico, não seriam necessárias todas as atividades propostas, apenas a discussão de caso.BSabe-se que, para medir, avaliar e monitorar a competência, o uso da CTS-R é um dos principais instrumentos. A autoavaliação já basta, não havendo necessidade de conhecer quais competências estão sendo medidas e tão pouco de receber o feedback da avaliação do supervisor.CO uso de aplicativos móveis pode ser recurso importante para ampliar as oportunidades de aprendizagem em supervisão, favorecendo a implementação de intervenções educativas mais efetivas.DSabendo

que a gravação de sessão é um recurso fundamental para o desenvolvimento de competências, não há necessidade de treinar o aluno para seu uso, como tão pouco a necessidade de pedir autorização para o paciente.

Confira aqui a resposta

Conclusão

É inegável e inquestionável a importância do treinamento e da supervisão clínica para o aumento da proficiência de terapeutas no ambiente clínico. No entanto, os questionamentos sobre como, por quanto tempo e qual modelo é recente. Ainda hoje, observa-se uma gama bem variada de treinamentos, influenciados por abordagens, por estilo da pessoa do supervisor ou até por exigências da instituição promotora do treinamento.

O modelo tradicional de supervisão, baseado apenas no relato do aluno em treinamento sobre o que aconteceu na sessão, ainda é o modelo mais comum, associado ou não a treinamentos que podem variar de um final de semana a anos. Nos últimos 10 anos, tem havido um movimento na Psicologia com foco em estabelecer orientações para capacitação de psicólogos da área clínica, independentemente da abordagem, incluindo aqui a supervisão clínica.

A supervisão clínica é definida como uma prática profissional distinta, com objetivo de reforçar a competência profissional do supervisionando para que ele se torne apto para iniciar a atuar.[1,16] Esses questionamentos foram certamente impulsionados pelo movimento da Psicologia baseada em evidências, que, de forma inicial, buscou identificar quais os modelos de intervenção são mais efetivos e, de maneira mais recente, tem focado também em quais modelos de treinamentos são empiricamente validados.

Na TCC, os esforços para a identificação das competências essenciais no treinamento de profissionais com base científica e a apropriação do processo pedagógico e de desenvolvimento de competências clínicas ainda estão sendo consolidados, mas já se tem várias indicações no sentido do modelo DPR[22] para o treinamento de terapeutas para aquisição das diferentes competências, a partir de várias estratégias de ensino-aprendizagem, levando em consideração aspectos declarativos (teóricos), procedurais (teóricos + prática clínica) e reflexivos.[8,16,27]

Entre as estratégias de ensino facilitadoras da aprendizagem e de uso na supervisão citam-se:

- **uso similar da estrutura da sessão e dos estágios dos atendimentos na supervisão clínica;**
- **uso de coterapeuta no atendimento clínico;**

- **mapeamento e monitoramentos das competências clínicas, seja pela CTS-R, por registro escrito/transcrição ou por sessões gravadas;**
- **e, mais recentemente, uso de aplicativos móveis, que podem ser utilizados para comunicação do terapeuta em treinamento/supervisor, monitoramento de competências, registro de informações, ensaio comportamental, revisão de conceitos teóricos e reflexão da prática.**

As referidas estratégias podem ser utilizadas de forma isolada ou combinada, de acordo com o planejamento de ensino que deverá considerar o nível de proficiência e experiência clínica dos alunos/profissionais que estão recebendo o treinamento, podendo variar de sem competência a *experts*, e as metas de aprendizagem.

Atividades: Respostas

Atividade 1 // Resposta: C

Comentário: Nos últimos anos, a demanda por profissionais treinados em TCC tem aumentado, o que, por sua vez, também vem ressoando na preocupação sobre a qualidade do treinamento e da supervisão ofertada ao profissional. Entende-se que essa busca ativa esteja relacionada com os resultados mostrados pela TCC, considerada um tratamento eficaz para uma ampla gama de transtornos, sendo o seu uso amplamente recomendado e praticado por profissionais de saúde mental. A robustez dos resultados clínicos que alicerçam a evidência da eficácia da TCC vem de ensaios clínicos controlados, nos quais a competência com a qual a terapia é administrada é garantida por meio de um rigoroso treinamento dos terapeutas, que inclui supervisão e avaliações independentes de competência.

Atividade 2 // Resposta: A

Comentário: Os estudos na área têm demonstrado, por estudos clínicos confiáveis, que a autoidentificação do terapeuta não necessariamente representa sua atuação profissional. Os treinamentos breves ou a ausência de prática clínica supervisionada na área são os fatores mais citados para explicar tal diferença.

Atividade 3 // Resposta: D

Comentário: A competência é adquirida e influenciada por fatores situacionais que podem ser denominados moderadores, como o próprio treinamento do terapeuta e a sua experiência. A escolha da forma e da duração mais adequada do programa de treinamento vai depender do objetivo e do alcance esperado do processo de ensino-aprendizagem. Os treinamentos breves dificilmente aumentam habilidades práticas; entretanto, podem ser excelentes para ampliar o conhecimento teórico.

Atividade 4 // Resposta: A

Comentário: Pode-se dizer que a relação interpessoal estabelecida para o processo de ensino, durante o treinamento ou a supervisão, é menos hierarquizada e mais horizontal, colaborativa e bidirecional. Evitam-se posturas autoritárias que possam impactar negativamente no desenvolvimento e na aprendizagem, ou que possam aumentar rupturas na relação e fortalecer a distância entre os envolvidos na construção do conhecimento. Sudak relembra o paralelo realizado inicialmente por Padesky ao trazer à tona que a proposta educativa da terapia é similar à da supervisão, utilizando-se de recursos semelhantes no processo de ensino-aprendizagem.

Atividade 5 // Resposta: D

Comentário: As competências gerais englobam as habilidades clínicas que independem da abordagem, como empatia, comportamento ético e escuta genuína; as competências básicas em TCC se referem às habilidades clínicas específicas do modelo, como relação terapêutica colaborativa, estrutura da sessão e conceitualização do caso; as competências em protocolos e modelos de TCC de problemas específicos se referem ao conhecimento dos princípios básicos da TCC e o uso na prática clínica de acordo com os alvos específicos para casa problema; a metacompetência se refere à atitude reflexiva da prática clínica e à capacidade do terapeuta em flexibilizar as estratégias para melhor atender cada paciente. Esse modelo de agrupamento de competências segue o modelo DPR.

Atividade 6 // Resposta: B

Comentário: Os recursos discutidos pelas autoras deste capítulo são gravação e transcrição da sessão, uso da CTS-R e de aplicativos móveis. Esses recursos podem ser usados de forma isolada ou combinada e trazem vários benefícios no desenvolvimento de competências clínicas, como: (a) diminuição do viés no relato do atendimento e aumento da fidedignidade sobre o desempenho do terapeuta; (b) emissão do feedback imediato, isto é, logo após ouvir o áudio, de forma clara e objetiva; (c) avaliação de habilidades específicas, de forma encadeada e dentro de leque contínuo de comportamentos clínicos; (d) mapeamento e monitoramento das habilidades gerais e específicas ao longo do treinamento; (e) comunicação, registro e treinamento de forma síncrona ou assíncrona, antes, durante e depois do atendimento/supervisão.

Atividade 7 // Resposta: D

Comentário: Alguns recursos pedagógicos, como a gravação em áudio e a transcrição de sessão, são ferramentas indicadas pela literatura devido a sua alta adaptabilidade aos diversos contextos e estágios de desenvolvimento do terapeuta, bem como com possibilidades diversas de uso, de acordo com as necessidades estabelecidas em cada supervisão. A gravação em vídeo também é reconhecidamente uma ferramenta educativa de excelência, uma

vez que permite identificar outros elementos, como expressões faciais do terapeuta e do paciente, comportamentos e gestos, distância, entre outros. Para o treinamento e a supervisão de terapeutas de casais, o uso da gravação da sessão em vídeo se torna essencial, pois favorece a visualização das interações tanto do terapeuta e do coterapeuta (quando há) com o casal quanto do próprio casal entre si.

Atividade 8 // Resposta: D

Comentário: A literatura aponta que a gravação e a transcrição da sessão clínica, que muitas vezes são usadas de forma conjunta, trazem vários benefícios significativos no desenvolvimento de competências clínicas, sendo destaque: diminuição do viés no relato do atendimento e aumento da fidedignidade sobre o desempenho do terapeuta; emissão do *feedback* imediato, isto é, logo após ouvir o áudio, de forma clara e objetiva; e avaliação de habilidades específicas, de forma encadeada e dentro de leque contínuo de comportamentos clínicos.

Atividade 9 // Resposta: A

Comentário: Para que se possa tirar o máximo de proveito da gravação e da transcrição de sessão, é importante que o supervisor possa contextualizar tais recursos junto aos terapeutas em treinamento, isto é, preparar o terapeuta a como utilizá-las de forma cuidadosa e adaptada às características da prática, com o consentimento de todos e com o intuito de promover crescimento. O uso da gravação e da transcrição de sessão não deve invalidar o terapeuta ou focar exclusivamente nas dificuldades, pois aumentam-se as chances de desmotivar o profissional, ativar crenças de incompetência ou, mesmo, fortalecer o baixo senso de autoeficácia.

Atividade 10 // Resposta: B

Comentário: Identificar o número da sessão que foi transcrita é muito importante para quem vai avaliar uma transcrição. Em relação à fala dos pacientes, buscam-se informações que foram notadamente desconsideradas pelo terapeuta ou que não foram vistas com maior ênfase. Por exemplo, emoções que não foram acolhidas, pensamentos significativos expressos que não foram validados e reestruturados, entre outros. Na fala do terapeuta, busca-se destacar algumas expressões ou reações emitidas, como o conteúdo inadequado ou o oposto, e as perguntas acolhedoras e reflexivas realizadas pelo profissional. Os elementos paralinguísticos, como a fluência, o tom de voz, a latência da fala etc., também são alvo de marcação e destaque, quando necessário. Para que se identifique esses aspectos, é muito importante ouvir o áudio junto com a leitura da transcrição. Ou seja, são recursos diferentes, mas entende-se que o uso conjunto pode enriquecer a qualidade das marcações.

Atividade 11 // Resposta: B

Comentário: Um grupo de quatro supervisoras, chamado de TrimTabPsi, montou um protocolo de feedback escrito para ser utilizado na transcrição comentada. Essa estratégia pode ou não ser utilizada em conjunto com o áudio, mas tem-se a preferência pelo uso dos dois recursos pedagógicos, com o intuito de aumentar a qualidade do feedback. A primeira marcação indicada é na cor azul, com uma imagem de interrogação, e diz respeito às dúvidas do supervisor que surgem ao longo da sessão. A segunda marcação, em verde com a figura de checagem, é considerada essencial na transcrição comentada. São os momentos em que o supervisor reforça sobre o que o terapeuta fez ou falou. A terceira marcação é composta por sugestões, ideias e alternativas. Já a quarta marcação é composta por informações importantes de serem revistas sobre o que/como foi falado ou sobre alguma informação que não recebeu atenção. Ao final da transcrição, também são realizados comentários com os principais pontos que foram destacados ao longo da sessão clínica, mas destaca-se somente aquilo que é mais relevante para que se possa fechar os comentários sedimentando tais elementos.

Atividade 12 // Resposta: D

Comentário: As gravações e as transcrições podem ser usadas a partir: (a) da escuta de trechos ou da integra da sessão, tanto pelo supervisor, terapeuta, quanto pelos pares de supervisão; (b) do treino de habilidades pelo *role-play* de situações clínica, possibilitando pela aprendizagem experiencial uma conexão com a vivência do terapeuta com o paciente; (c) da reelaboração de falas/intervenções do terapeuta e treino do diálogo socrático pela reescrita de trechos da sessão; e (d) do *debriefing*, por promover a reflexão do processo ao criar a oportunidade de "reviver" a experiência.

Atividade 13 // Resposta: C

Comentário: Ao longo da prática das autoras deste capítulo com a gravação e a transcrição da sessão, tanto como supervisoras quanto treinando supervisores, algumas dificuldades já foram enfrentadas, como: a falta de preparo do terapeuta sobre o uso do recurso e do supervisor para potencializar o uso do recurso; o medo do terapeuta sobre a avaliação e a falta de treinamento do supervisor para avaliar; a atitude do terapeuta e do supervisor; o tempo gasto para transcrever e para comentar a transcrição.

Atividade 14 // Resposta: C

Comentário: O conceito de competência está diretamente ligado à mensuração de comportamentos que fornecem padrões de desempenho considerados adequados para aquele contexto e profissão. Logo, entende-se que também reflete a aplicação do aprendizado. Entretanto, um dos grandes desafios é como

monitorar e verificar as habilidades clínicas ao longo do treinamento, sendo isso essencial para orientar o supervisor sobre as competências a serem treinadas e sobre o impacto do treinamento na prática clínica e nos resultados terapêuticos. Sabendo que diferentes estratégias pedagógicas são necessárias para amplificar a aquisição de competências de acordo com o modelo DPR e que esse processo ocorre em tempos diversificados, também se entende que a avaliação pode ser realizada por vários instrumentos e estratégias de maneira complementar.

Atividade 15 // Resposta: A

Comentário: Baseando-se na importância de instrumentos que possam refletir a prática clínica e as competências essenciais, Young e Beck, em 1980, desenvolveram a CTS ou a CTS-R, cujo objetivo era facilitar a observação e a avaliação de habilidades gerais e específicas em TCC. Esse instrumento conta com onze itens (cada um referente a uma habilidade clínica), medidos em uma escala com seis níveis de competência de Dreyfus, quais sejam: não competente, iniciante, iniciante avançado, competente, proficiente e expert. Para que as avaliações reflitam o desempenho do terapeuta mais próximo do real, é crucial que o avaliador seja treinado. Sem conhecimento das habilidades que estão sendo avaliadas, das nuances questionadas e do instrumento utilizado, é provável que resulte em uma medida de baixa confiabilidade.

Atividade 16 // Resposta: B

Comentário: Com relação à escala de Dreyfus de aquisição de habilidades adaptada, o nível “competente” é caracterizado por um terapeuta capaz de ver as tarefas vinculadas a uma estrutura conceitual. Ele faz planos dentro dessa estrutura e usa procedimentos padronizados e rotinizados.

Atividade 17 // Resposta: B

Comentário: Os itens da CTS-R de Blackburn e colaboradores mensuram as habilidades agrupadas em gerais e específicas. São habilidades gerais: feedback, colaboração, ritmo e uso eficiente do tempo, e efetividade interpessoal. São habilidades específicas: descoberta guiada, conceitualização integrada, definição e plano de ação, eliciação de respostas emocionais adequadas, eliciação de comportamentos, eliciação de cognições-chave e aplicação de métodos mudança. A habilidade ajuste e adesão da agenda é pontuada em habilidades gerais e específicas.

Atividade 18 // Resposta: C

Comentário: O ajuste e a adesão de agenda têm como característica principal identificar tópicos a serem discutidos em cada sessão, que foram acordados colaborativamente, e conectados com as metas de tratamento. O item deve ser estabelecido nos primeiros 5 a 10 minutos, após a ponte com a sessão anterior e checagem do humor e da tarefa, sendo que o formato para definir a agenda pode variar

de acordo com o estágio da terapia, tendo uma participação mais ativa do terapeuta no início do processo. Três características precisam ser consideradas na pontuação desse item: presença/ausência de agenda explícita, acordada e priorizada, e viável no tempo disponível da sessão; adequação do conteúdo da agenda (estágio da terapia, preocupações atuais, metas etc.); e adesão apropriada à agenda ao longo da sessão.

Atividade 19 // Resposta: B

Comentário: A colaboração tem como característica principal a capacidade do terapeuta de encorajar a participação ativa do cliente na sessão, estabelecendo um evidente trabalho em equipe. É importante que o terapeuta equilibre: (a) entre a estrutura da abordagem/tratamento e a liberdade de escolha e responsividade oferecida ao paciente, e (b) entre os recursos verbais e não verbais, para melhor atender às demandas de cada paciente.

Atividade 20 // Resposta: B

Comentário: O uso da tecnologia em supervisão viabiliza o acesso à informação de qualidade sobre a atuação do supervisionando antes, durante e após a sessão de supervisão. O acesso a dados objetivos sobre o próprio exercício profissional permite o compromisso do terapeuta com o exercício contínuo da prática deliberada. O compartilhamento de conteúdo e a própria interação entre supervisores e terapeutas em treinamento passam a ser mais naturais com a adoção de aplicativos móveis, o que não apenas pode ampliar a frequência e a qualidade das trocas entre as sessões de supervisão, como também a sensação de proximidade com o supervisor.

Atividade 21 // Resposta: C

Comentário: As atividades multitarefas constituem, na realidade, um grande desafio para o supervisor que utiliza aplicativos móveis em supervisão. Como todos estarão com os aparelhos celulares em mãos, frequentemente é necessário estabelecer combinados para evitar distrações com a Internet, outros aplicativos ou mesmo trocas de mensagens durante a sessão de supervisão.

Atividade 22 // Resposta: B

Comentário: O sucesso da utilização dos mais variados recursos tecnológicos no processo de supervisão clínica depende, principalmente, da seleção da ferramenta mais apropriada para o objetivo a ser alcançado e da competência tecnológica dos usuários, partindo de um plano pedagógico que oportunize a construção de conhecimento declarativo, procedural e reflexivo em supervisão. Felizmente, muitos dos recursos disponíveis operam no modo off-line, evitando interrupções desnecessárias, ocasionadas por falhas na conexão com a Internet.

Atividade 23 // Resposta: C

Comentário: Os aplicativos móveis podem ser utilizados pelo supervisor clínico em intervenções novas e criativas, dependendo da necessidade de cada aluno ou do grupo de supervisão, maximizando os ganhos do processo de supervisão antes, durante e depois de cada encontro. Os aplicativos móveis ainda viabilizam a experimentação e o engajamento do supervisionando em atividades relacionadas aos seus objetivos de desenvolvimento professional, na frequência e intensidade por ele desejadas. A sua utilização pode facilitar a construção de habilidades-alvo e contribuir para a generalização dessas habilidades para diferentes contextos, com maior segurança e privacidade.

Referências

1. Silvares, E. F. M., Gauy, F. V., & Peixoto, A. C. A. (2016). Supervisão: questões conceituais, metodológicas e práticas. In E. F. M. Silvares, M. H. S. Melo & S. S. Löhr (Orgs.), Supervisão e formação em psicologia. (pp. 13–32). Curitiba: Juruá.

2. James, I. A., Blackburn, I. M., Milne, D. L., & Reichfelt, F. K. (2001). Moderators of trainee therapists' competence in cognitive therapy. The British journal of clinical psychology, 40(2), 131–141. https://doi.org/10.1348/014466501163580

3. Muse, K., & McManus, F. (2013). A systematic review of methods for assessing competence in cognitive-behavioural therapy. Clinical psychology review, 33(3), 484–499. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.01.010

4. Roth, A. D., Pilling, S., & Turner, J. (2010). Therapist training and supervision in clinical trials: implications for clinical practice. Behavioural and cognitive psychotherapy, 38(3), 291–302. https://doi.org/10.1017/S1352465810000068

5. Creed, T. A., Wolk, C. B., Feinberg, B., Evans, A. C., & Beck, A. T. (2016). Beyond the Label: relationship between community therapists' self-report of a cognitive behavioral therapy orientation and observed skills. Administration and policy in mental health, 43(1), 36–43. https://doi.org/10.1007/s10488-014-0618-50

6. Young, J. E., & Beck, A. T. (1980). Cognitive therapy scale: rating manual. Philadelphia: University of Pennsylvania.

7. Branson, A., Shafran, R., & Myles, P. (2015). Investigating the relationship between competence and patient outcome with CBT. Behavior research and therapy, 68, 19–26. https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.03.002

8. Barletta, J. B., Delabrida, Z. N. C., & Fonseca, A. L. B. (2011). Conhecimento, habilidades e atitude em TCC: percepção de terapeutas iniciantes. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 7(1), 21–29.

9. Bennett-Levy, J. (2006). Therapist skills: a cognitive model of their acquisition and refinement. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 34, 57–78.

10. Ludgate, J. (2016). CBT training and supervision: an overview. In D. M. Sudak, R. T. Codd III, J. Ludgate, L. Sokol, M. G. Fox, R. Reiser, & D. L. Milne. (Orgs.), Teaching and supervising cognitive behavioral therapy (pp. 1–24). New Jersey: Wiley.

11. Sudak, D. (2016). Core competencies in cognitive behavioral therapy training. In D. M. Sudak, R. T. Codd III, J. Ludgate, L. Sokol, M. G. Fox, R. Reiser & D. L. Milne (Orgs.), Teaching and supervising cognitive behavioral therapy (pp. 25–36). New Jersey: Wiley.

12. Santana, E. P., Barletta, J. B., Catalan, R. F., & Sardinha, A. (no prelo). Treinamento e supervisão clínica no campo da sexualidade: práticas passadas, atuais e futuras. In R. F. Catalan & A. Sardinha (Orgs.), Sexualidade e gênero em psicoterapia: práticas baseadas em evidências. Novo Hamburgo: Sinopsys.

13. Barletta, J. B., Fonseca, A. L. B., & Nobre-Sandoval, L. A. (2018). Estratégias de ensino e de aprendizagem para a formação de terapeutas cognitivo-comportamentais. In N. G. Araújo, J. P. Rubino & M. I. S. Oliveira (Orgs.), Avaliação e intervenção na clínica em terapia cognitivo-comportamental: a prática ilustrada (pp. 460–482). Novo Hamburgo: Sinopsys.

14. Velasquez, M. L., Thomé, C. R., & Oliveira, I. R. (2015). Reflexões sobre a prática clínica supervisionada em cursos de especialização em terapia cognitivo-comportamental no Brasil. Revista de Ciências Médicas e Biológicas, 14(3), 331–337.

15. Mendoza, W. R. C. (2017). Habilidades terapéuticas y limitaciones en la aplicación de las terapias de tercera generación en el contexto latinoamericano. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, XIX(3), 260–273.

16. Barletta, J. B. & Neufeld, C. B. (2020). Novos rumos na supervisão clínica em terapia cognitivo comportamental: conceitos, modelos e estratégias baseadas em evidências. In Federação Brasileira de Terapias Cognitivass, C. B. Neufeld, E. M. O. Falcone & B. P. Rangé (Orgs.), PROCOGNITIVA Programa de Atualização em Terapia Cognitivo-Comportamental: Ciclo 7 (pp. 119–158). Porto Alegre: Artmed Panamericana. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 2).

17. Ridley, C. R., Jeffrey, C. E., & Roberson, R. B. (2017). Case mis-conceptualization in psychological treatment: an enduring clinical problem. Journal of clinical psychology, 73(4), 359–375. https://doi.org/10.1002/jclp.22354

18. Padesky, C. A. (1996). Developing cognitive therapist competency: teaching and supervision models. In P. M. Salkovskis

(Ed.), Frontiers of cognitive therapy (p. 266–292). New York: The Guilford Press.

19. Corrie, S., & Lane, D. A. (2015). CBT supervision. London: SAGE.

20. Roth, A. D., & Pilling, S. (2008). A competence framework for the supervision of psychological therapies. London: UCL Psychology and Language Sciences.

21. Bennett-Levy, J. (2019). Why therapists should walk the talk: the theoretical and empirical case for personal practice in therapist training and professional development. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 62, 133–145. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2018.08.004

22. Bennett-Levy, J., McManus, F., Westling, B. E., & Fennell, M. (2009). Acquiring and refining CBT skills and competencies: which training methods are perceived to be most effective?. Behavioural and cognitive psychotherapy, 37(5), 571–583. https://doi.org/10.1017/S1352465809990270

23. Kennerley, H., Clohessy, S., Mueller, M., McManus, F., & Westbrook, D. (2010). Becoming a supervisor. In M. Mueller, H. Kennerley, F. McManus, & D. Westbrook. Oxford guide to surviving as a CBT therapist (pp. 323). Oxford: Oxford University.

24. Reis, G. A., & Barbosa, A. J. G. (2016). Competências de terapeutas cognitivo-comportamentais de idosos. In E. R. Freitas, A. J. G. Barbosa & C. B. Neufeld (Orgs.), Terapias cognitivo-comportamentais com idosos. (pp. 305–325). Novo Hamburgo: Sinopsys.

25. Tracey, T. J., Wampold, B. E., Lichtenberg, J. W., & Goodyear, R. K. (2014). Expertise in psychotherapy: an elusive goal?. The American psychologist, 69(3), 218–229. https://doi.org/10.1037/a0035099

26. Lewis. C. C., Scott, K. E., & Hendrick, K. E. (2014). A model and guide for evaluating supervision outcomes in cognitive–behavioral therapy-focused training programs. Training and Education in Professional Psychology, 8(3), 165–173. https://doi.org/10.1037/tep0000029

27. Barletta, J. B., Fonseca, A. L. B. & Oliveira, M. I. S. (2011). Transcrição e observação como estratégias para o aprimoramento da competência clínica. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 7(2), 17–24.

28. Boyle, R., & McDowell-Burns, M. (2016). Modalities of marriage and family therapy supervision. In K. Jordan (Org.), Couple, marriage, and family therapy supervision (pp. 51–70). New York: Springer Publishing Company.

29. Silva, M. R., Barcellos, E. D., Sanchez, L. F., Steibel, D., Fernandes, P. P., Campezatto, P. M., Geremia, L., & Klarmann, R.

(2014). Registros de sessão terapêutica: relato, gravação ou transcrição? Considerações sobre as diferenças entre os registros. Psicologia Clínica, 26(2), 121–138.

30. Velasquez, M. L. (2017). Desenvolvimento de competências terapêuticas pelo treinamento de supervisores clínicos em terapia cognitivo-comportamental. (Tese de doutorado, Universidade Federal da Bahia).

31. Conselho Federal de Psicologia. (2005). Código de ética profissional do psicólogo. Brasília: CFP.

32. Holbert, J., & Wootton, K. (2016). Training the cognitive behavioral therapist. In K. Jordan (Ed.), Couple, marriage, and family therapy supervision (pp. 215–234). New York: Springer Publishing.

33. Friedberg, R. D., & Brelsford, G. M. (2013). Training methods in cognitive behavioral therapy: tradition and invention. Journal of cognitive psychotherapy, 27(1), 19–29. https://doi.org/10.1891/0889-8391.27.1.19

34. Stallard, P. (2007). Guia do terapeuta para os bons pensamentos, bons sentimentos: utilizando a terapia cognitivo-comportamental com crianças e adolescentes. Porto Alegre: Artmed.

35. Loades, M. E., & Myles, P. J. (2016). Does a therapist's reflective ability predict the accuracy of their self-evaluation of competence in cognitive behavioural therapy? The Cognitive Behaviour Therapist, 9, e6. Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/S1754470X16000027

36. Gauy, F. V. (2009). Tô por uma: diferenciando respostas emocionais, comportamentais e fisiológicas. Novo Hamburgo: RIC.

37. Palaganas, J. C., Fey, M., & Simon, R. (2016). Structured debriefing in simulation-based education. AACN advanced critical care, 27(1), 78–85. https://doi.org/10.4037/aacnacc2016328

38. Peuker, A. C., Habigzang, L. F., Koller, S. H., & Araujo, L. B. (2009). Avaliação de processo e resultado em psicoterapias: uma revisão. Psicologia em Estudo, 14(3), 439–445.

39. James, I. A., Blackburn, I. M., Reichelt, F. K., Garland, A., & Armstrong, P. (2001). Manual of the revised cognitive therapy scale (CTS-R). Recuperado em 30 de julho de 2021, de https://www.ed.ac.uk/files/atoms/files/ctsrmanual.pdf.

40. Dreyfus, H. L. (1989). The Dreyfus model of skill acquisition. In J. Burke (Ed.), Competency based education and training, (pp. 181–183). London: Falmer Press.

41. Gauy, F. V. (2011). Treino de terapeutas-estagiárias no atendimento de crianças ansiosas (Tese de doutorado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo).

42. Newman C. F. (2013). Training cognitive behavioral therapy supervisors: didactics, simulated practice, and"meta-supervision". Journal of cognitive psychotherapy, 27(1), 5–18. https://doi.org/10.1891/0889-8391.27.1.5

43. Blackburn, I., James, I., Milne, D., Baker, C., Standart, S., Garland, A., & Reichelt F. K. (2001). The revised cognitive therapy scale (CTS-R): psychometric properties. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 29, e431–e446.

44. Moreno, A. L., & Sousa, D. A. (2020). Adaptação transcultural da Cognitive Therapy Rating Scale (Escala de Avaliação em Terapia Cognitivo-Comportamental) para o contexto brasileiro. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 16(2), 92–98. https://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20200014

45. Scotton, I. L., & Neufeld, C. B. (2019). Construção de um instrumento de avaliação de competências do terapeuta cognitivo-comportamental em grupos. (Projeto de mestrado, Universidade de São Paulo).

46. East, M. L., & Havard, B. C. (2015). Mental health mobile apps: from infusion to diffusion in the mental health social system. JMIR mental health, 2(1), e10. https://doi.org/10.2196/mental.3954

47. Beck, N. A. (2017). Mobile apps for cognitive restructuring: a review and comparative analysis (Theses, School of Education and Psychology).

48. Hilty, D. M., Chan, S., Torous, J., Luo, J., & Boland, R. J. (2019). Mobile health, smartphone/device, and apps for psychiatry and medicine: competencies, training, and faculty development issues. The Psychiatric clinics of North America, 42(3), 513–534. https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.05.007

49. Martin, P., Kumar, S., & Lizarondo, L. (2017). Effective use of technology in clinical supervision. Internet interventions, 8, 35–39. https://doi.org/10.1016/j.invent.2017.03.001

50. Pugh, M., & Margetts, A. (2020). Are you sitting (un) comfortably? Action-based supervision and supervisory drift. The Cognitive Behaviour Therapist, 13, e17. https://doi.org/10.1017/S1754470X20000185

51. Barnett J. E. (2011). Utilizing technological innovations to enhance psychotherapy supervision, training, and outcomes. Psychotherapy (Chicago, Ill.), 48(2), 103–108. https://doi.org/10.1037/a0023381

52. Ducat, W. H., & Kumar, S. (2015). A systematic review of professional supervision experiences and effects for allied health

practitioners working in non-metropolitan health care settings. Journal of multidisciplinary healthcare, 8, 397–407. https://doi.org/10.2147/JMDH.S84557

53. Henderson, P., Millar, A., & Holloway, J. (2014). Practical supervision: how to become a supervisor for the helping professions. London: Jessica Kingsley Publishers.

54. Goodyear, R. K., & Rousmaniere, T. (2019). Introduction: computer and internet-based technologies for psychotherapy, supervision, and supervision-of-supervision. Journal of clinical psychology, 75(2), 243–246. https://doi.org/10.1002/jclp.22717

55. Carlo, A. D., Hosseini Ghomi, R., Renn, B. N., & Areán, P. A. (2019). By the numbers: ratings and utilization of behavioral health mobile applications. NPJ digital medicine, 2, 54. https://doi.org/10.1038/s41746-019-0129-6

56. World Health Organization. (2018). Classification of digital health interventions v1. 0: a shared language to describe the uses of digital technology for health. Geneva: World Health Organization.

Referência recomendada

Blackburn, I. M., James, I. A., Milne, D. L., & Reichelt, F. K. (1999). In CTS-R: revised scale for assessing competence in cognitive therapy (1st ed.). Newcastle: New-castle Cognitive and Behavioural Therapies Centre.